

# **Aidspolitik in der Schweiz: Stabilität oder Wandel?**

**Eine Analyse der Aidspolitik auf Bundesebene  
und in sieben Kantonen**

Abhandlung zur Erlangung der Doktorwürde der  
Philosophischen Fakultät der Universität Zürich

vorgelegt von

Peter Neuenschwander

aus Langnau i.E./BE

angenommen im Wintersemester 2005/2006 auf Antrag von  
Prof. Dr. Daniel Kübler & Prof. Dr. Ulrich Klöti

Zürich, Oktober 2007



# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG.....</b>	<b>11</b>
<b>1.1</b>	<b>Zielsetzung und Relevanz des Themas.....</b>	<b>13</b>
<b>1.2</b>	<b>Struktur.....</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>AUSGANGSLAGE: AIDSPOLITIK IM WANDEL DER ZEIT .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1</b>	<b>Die drei Dimensionen der Aidspolitik.....</b>	<b>17</b>
2.1.1	Information und Prävention von HIV und Aids .....	19
2.1.2	Therapie von HIV und Aids .....	20
2.1.3	Solidarität mit Betroffenen .....	22
2.1.4	Zwei unterstützende Funktionen: Epidemiologie und Evaluation.....	22
<b>2.2</b>	<b>Die vier Phasen der Aidspolitik in Westeuropa.....</b>	<b>23</b>
<b>2.3</b>	<b>Szenarien der Aidsprävention in der Phase der Normalisierung.....</b>	<b>26</b>
<b>3</b>	<b>THEORETISCHE GRUNDLAGEN .....</b>	<b>29</b>
<b>3.1</b>	<b>Schweizer Untersuchungen zur HIV/Aids-Politik.....</b>	<b>29</b>
<b>3.2</b>	<b>Die Punctuated Equilibrium Theory.....</b>	<b>33</b>
3.2.1	Bisherige Anwendungen der Punctuated Equilibrium Theory .....	34
3.2.2	Die Bedeutung von policy images und policy venues in Politikprozessen .....	36
3.2.2.1	Policy Image .....	36
3.2.2.2	Policy Venue .....	39
3.2.2.3	Policy Monopoly.....	40
3.2.3	Negative und positive Feedback-Prozesse.....	41
3.2.4	Agendasetting-Prozesse.....	45
3.2.4.1	Das Beispiel der amerikanischen Schädlingsbekämpfungsmittelpolitik .....	47
3.2.4.2	Die Bedeutung von Medien in Agendasetting-Prozessen .....	49
3.2.5	Policy monopoly: ein bestimmter Typ eines Policy Netzwerkes?.....	51
<b>3.3</b>	<b>Der Policy Netzwerk-Ansatz.....</b>	<b>52</b>
3.3.1	Die verschiedenen Dimensionen von Policy Netzwerken .....	54
3.3.1.1	Die Typologie von van Waarden .....	55
3.3.2	Politikwandel im Rahmen des Policy Netzwerk-Ansatzes .....	59
<b>3.4</b>	<b>Policy venues im Lichte des Policy Netzwerk-Ansatzes.....</b>	<b>60</b>
<b>4</b>	<b>DIE HIV/AIDS-POLITIK BIS 1995 .....</b>	<b>63</b>
<b>4.1</b>	<b>Das dominierende policy image westlicher Aidspolitiken.....</b>	<b>64</b>
<b>4.2</b>	<b>Der policy venue westlicher Aidspolitiken .....</b>	<b>67</b>
<b>4.3</b>	<b>Der policy venue der Schweizer Aidspolitik.....</b>	<b>68</b>
4.3.1	Die gesetzlichen Grundlagen der Schweizer Aidspolitik.....	68
4.3.2	Ein historischer Abriss über die nationale Aidspolitik.....	69
4.3.3	Aidspolitik in den Kantonen.....	71

<b>4.4</b>	<b>Die Berichterstattung über HIV/Aids in den Schweizer Medien .....</b>	<b>72</b>
<b>4.5</b>	<b>Fazit .....</b>	<b>77</b>
<b>4.6</b>	<b>Hypothesen zur Entwicklung der schweizerischen Aidspolitik in der Phase der Normalisierung .....</b>	<b>78</b>
<b>5</b>	<b>METHODISCHES VORGEHEN .....</b>	<b>81</b>
<b>5.1</b>	<b>Forschungsdesign zur Untersuchung der beiden ersten Hypothesen.....</b>	<b>81</b>
5.1.1	Analysemodell und Forschungsfragen.....	82
5.1.2	Auswahl der Fälle .....	85
5.1.3	Datenerhebung .....	87
5.1.3.1	Dokumentenanalyse.....	88
5.1.3.2	Problemzentrierte Interviews .....	88
5.1.4	Datenanalyse .....	89
<b>5.2</b>	<b>Vorgehen zur Untersuchung der dritten Hypothese.....</b>	<b>90</b>
5.2.1	Die Medienanalyse .....	90
5.2.2	Die Analyse von Parlamentsgeschäften .....	93
<b>6</b>	<b>ANALYSE DER SCHWEIZERISCHEN AIDSPOLITIK IN DER PHASE DER NORMALISIERUNG.....</b>	<b>95</b>
<b>6.1</b>	<b>Aidspolitik auf der nationalen Ebene.....</b>	<b>96</b>
6.1.1	Die wichtigsten Akteure im Präventionsbereich .....	96
6.1.1.1	Bundesamt für Gesundheit (BAG).....	96
6.1.1.2	Aids-Hilfe Schweiz (AHS).....	98
6.1.1.3	Schweizerisches Tropeninstitut/Schweizerisches Rotes Kreuz .....	100
6.1.2	Die Funktionsweise von HAART innerhalb des schweizerischen Gesundheitssystems .....	101
6.1.3	Weitere Akteure .....	101
6.1.3.1	Eidgenössische Kommission für Aids-Fragen (EKAF) .....	101
6.1.3.2	Aids Info Docu (AID).....	102
6.1.4	Das policy image in der Normalisierungsphase .....	103
6.1.5	Der policy venue in der Normalisierungsphase.....	104
6.1.6	Fazit.....	107
<b>6.2</b>	<b>Aidspolitik im Kanton Genf .....</b>	<b>108</b>
6.2.1	Das policy image in der Normalisierungsphase .....	109
6.2.2	Der policy venue in der Normalisierungsphase.....	110
6.2.3	Fazit.....	113
<b>6.3</b>	<b>Aidspolitik im Kanton Zürich.....</b>	<b>113</b>
6.3.1	Das policy image in der Normalisierungsphase .....	115
6.3.2	Der policy venue in der Normalisierungsphase.....	116
6.3.3	Fazit.....	118
<b>6.4</b>	<b>Aidspolitik im Kanton Tessin.....</b>	<b>119</b>
6.4.1	Das policy image in der Normalisierungsphase .....	120
6.4.2	Der policy venue in der Normalisierungsphase.....	121
6.4.3	Fazit.....	123
<b>6.5</b>	<b>Aidspolitik im Kanton St. Gallen.....</b>	<b>123</b>
6.5.1	Das policy image in der Normalisierungsphase .....	124
6.5.2	Der policy venue in der Normalisierungsphase.....	125
6.5.3	Fazit.....	127

<b>6.6</b>	<b>Aidspolitik im Kanton Neuenburg .....</b>	<b>127</b>
6.6.1	Das policy image in der Normalisierungsphase .....	128
6.6.2	Der policy venue in der Normalisierungsphase.....	129
6.6.3	Fazit.....	130
<b>6.7</b>	<b>Aidspolitik im Kanton Graubünden .....</b>	<b>131</b>
6.7.1	Das policy image in der Normalisierungsphase .....	132
6.7.2	Der policy venue in der Normalisierungsphase.....	133
6.7.3	Fazit.....	135
<b>6.8</b>	<b>Aidspolitik im Kanton Aargau.....</b>	<b>135</b>
6.8.1	Das policy image in der Normalisierungsphase .....	136
6.8.2	Die Entwicklung des policy venue.....	137
6.8.3	Fazit.....	139
<b>6.9</b>	<b>HIV/Aids auf der makropolitischen Agenda.....</b>	<b>139</b>
6.9.1	Die Berichterstattung über HIV/Aids in der NZZ .....	140
6.9.2	Die Bedeutung von HIV/Aids im eidgenössischen Parlament .....	144
<b>7</b>	<b>SYNTHESE UND ÜBERPRÜFUNG DER HYPOTHESEN .....</b>	<b>151</b>
<b>7.1</b>	<b>Das Ende von New Public Health in der schweizerischen Aidspolitik? .....</b>	<b>151</b>
7.1.1	Die Beziehungen zwischen dem Präventionsbereich und dem klinischen Bereich .....	151
7.1.2	Wird die Aidspolitik der Zukunft zunehmend Prävalenz-lastig?.....	154
7.1.3	Fazit.....	156
<b>7.2</b>	<b>Die Entwicklung des policy venue in der Normalisierungsphase.....</b>	<b>157</b>
7.2.1	Strukturelle Veränderungen .....	158
7.2.2	Regulatorische Veränderungen in der schweizerischen Aidspolitik .....	159
7.2.2.1	Abschluss von Leistungsverträgen.....	159
7.2.2.2	Änderung der verwaltungsinternen Zuständigkeit .....	160
7.2.2.3	Auswirkungen von strukturellen und regulatorischen Veränderungen auf aidsspezifische Massnahmen.....	161
7.2.3	Die Entwicklung der Ressourcen in der Aidsprävention .....	162
7.2.3.1	Die Ressourcenentwicklung auf der nationalen Ebene .....	164
7.2.3.2	Die Entwicklung der Ressourcen auf kantonaler Ebene .....	165
7.2.3.3	Entwicklung der Gesamteinnahmen der Aids-Hilfen.....	168
7.2.3.4	Erklärungen für die unterschiedliche Ressourcenentwicklung.....	169
7.2.3.5	Auswirkungen der Ressourcenlage auf das Angebot .....	170
7.2.4	Fazit.....	171
<b>7.3</b>	<b>HIV/Aids auf der makropolitischen Agenda.....</b>	<b>173</b>
7.3.1	Fazit.....	174
<b>8</b>	<b>SCHLUSSFAZIT .....</b>	<b>177</b>
<b>8.1</b>	<b>Die Zweckmässigkeit der Punctuated Equilibrium Theorie zur Analyse der schweizerischen Aidspolitik .....</b>	<b>177</b>
<b>8.2</b>	<b>Interests: the missing dimension?.....</b>	<b>180</b>
<b>8.3</b>	<b>Der Zusammenhang zwischen Agendasetting-Prozessen und Policy Outputs.....</b>	<b>183</b>
<b>8.4</b>	<b>Aufwand bei der empirischen Überprüfung .....</b>	<b>184</b>

<b>9</b>	<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>187</b>
<b>10</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>189</b>
<b>11</b>	<b>ANHANG I: LISTE DER INTERVIEWTEN PERSONEN .....</b>	<b>197</b>
<b>12</b>	<b>ANHANG II: IM RAHMEN DER FALLSTUDIEN VERWENDETE DOKUMENTE UND QUELLEN.....</b>	<b>199</b>
<b>13</b>	<b>ANHANG III: GESPRÄCHSLEITFADEN PRÄVENTION.....</b>	<b>205</b>
<b>14</b>	<b>ANHANG IV: GESPRÄCHSLEITFADEN GESUNDHEITS- BEHÖRDEN .....</b>	<b>209</b>
<b>15</b>	<b>ANHANG V: GESPRÄCHSLEITFADEN HAART .....</b>	<b>213</b>

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Die drei Kerngeschäftsfelder der Aids-Arbeit .....	18
Abbildung 2:	HIV und Aids in der Schweiz seit 1985 .....	24
Abbildung 3:	Analysemodell.....	83
Abbildung 4:	Entwicklung des Aidspräventionskredits des BAG 1990 – 2003 .....	106
Abbildung 5:	Entwicklung der Einnahmen der AHS 1990 – 2003.....	107
Abbildung 6:	Entwicklung der Einnahmen der GSG 1992-2003 .....	112
Abbildung 7:	Die Entwicklung der Einnahmen der ZAH 1993-2004 .....	117
Abbildung 8:	Entwicklung der Einnahmen der AAT 1990-2003 .....	122
Abbildung 9:	Die Entwicklung der Einnahmen der AHSGA 1993-2004 .....	126
Abbildung 10:	Die Entwicklung der Einnahmen der GSN 1994-2003 .....	130
Abbildung 11:	Entwicklung der Einnahmen der AHGR 1990-2003 .....	134
Abbildung 12:	Entwicklung der Einnahmen der AHA 1992-2003.....	138
Abbildung 13:	Das Stichwort ‚Aids‘ in der NZZ .....	140
Abbildung 14:	Die Berichterstattung über HIV/Aids im Inlandteil der NZZ.....	141
Abbildung 15:	Die Tonalität der Prävention in der NZZ .....	143
Abbildung 16:	Die Tonalität von HAART in der NZZ .....	144
Abbildung 17:	Parlamentsgeschäfte zu HIV/Aids (1983 bis 2004).....	145
Abbildung 18:	zeitlicher Verlauf der Geschäfte .....	146
Abbildung 19:	Die Tonalität der Prävention im Parlament.....	148
Abbildung 20:	Die Tonalität von HAART im Parlament.....	149
Abbildung 21:	Kosten des schweizerischen. Gesundheitswesens .....	154
Abbildung 22:	Entwicklung der staatlichen Beiträge an die Aids-Hilfen der Kantone Aargau, Graubünden und St. Gallen (teuerungsbereinigt) .....	166
Abbildung 23:	Entwicklung der staatlichen Beiträge an die Aids-Hilfen der Kantone Genf, Neuenburg und Zürich (teuerungsbereinigt) .....	167
Abbildung 24:	Entwicklung der staatlichen Beiträge an die Aids-Hilfen in den Kantonen Genf und Tessin (teuerungsbereinigt).....	168

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Dimensionen von Policy-Netzwerken.....	58
Tabelle 2:	Die untersuchten Bereiche der HIV/Aids-Prävention .....	81
Tabelle 3:	Auswahlkriterien der zu untersuchenden Fälle.....	87
Tabelle 4:	Die wichtigsten Angebote in den Bereichen Prävention und Therapie auf Bundesebene (Stand 2003) .....	103
Tabelle 5:	Die wichtigsten Angebote in den Bereichen Prävention und Therapie im Kanton Genf auf einen Blick(Stand: 2003).....	109
Tabelle 6:	Die wichtigsten Angebote in den Bereichen Prävention und Therapie im Kanton Zürich auf einen Blick (Stand 2003) .....	114
Tabelle 7:	Die wichtigsten Angebote in den Bereichen Prävention und Therapie im Kanton Tessin auf einen Blick (Stand 2003) .....	120
Tabelle 8:	Die wichtigsten Angebote in den Bereichen Prävention und Therapie im Kanton St. Gallen auf einen Blick (Stand 2003) .....	124
Tabelle 9:	Die wichtigsten Angebote in den Bereichen Prävention und Therapie im Kanton Neuenburg auf einen Blick (Stand 2003) .....	128
Tabelle 10:	Die wichtigsten Angebote in den Bereichen Prävention und Therapie im Kanton Graubünden auf einen Blick (Stand 2003) .....	132
Tabelle 11:	Die wichtigsten Angebote in den Bereichen Prävention und Therapie im Kanton Aargau auf einen Blick (Stand 2003) .....	136
Tabelle 12:	Übersicht über regulatorische und strukturelle Veränderungen in der Aidsprävention .....	162
Tabelle 13:	Ressourcenentwicklung bei den Aids-Hilfen, geordnet nach der Entwicklung der staatlichen Subventionen .....	169





## Vorwort

Die hier vorliegende Dissertation ist das Ergebnis meiner mehrjährigen Beschäftigung mit der Aidspolitik auf der nationalen Ebene und in verschiedenen Schweizer Kantonen. Zum ersten Mal habe ich mich im Jahre 2001 im Rahmen einer Evaluationsstudie, die vom Bundesamt für Gesundheit finanziert und in enger Zusammenarbeit mit der *Unité d'évaluation de programmes de prévention* des Instituts für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne durchgeführt wurde, mit dieser Thematik auseinandergesetzt. Im Rahmen dieser Studie wurde insbesondere die Frage untersucht, welches von drei in der Aidspolitik zu erwartenden Normalisierungsszenarien (Abbau, Stabilisierung, Generalisierung) sich in der Schweiz in verschiedenen Bereichen der Aidsprävention manifestiert und welche Auswirkungen die vom BAG gewählte Strategie auf die Realisierungswahrscheinlichkeit eines dieser Szenarien hat.

In einem nächsten, vom Schweizerischen Nationalfonds finanzierten Projekt (Nr. 3346-68274), das eine Laufzeit von über zwei Jahren hatte (September 2002 bis Dezember 2004), wurde die Frage untersucht, ob die im Aidsbereich eingetretene Normalisierung sowie allfällige organisatorische und strukturelle Veränderungen bei den im Aidsbereich tätigen Akteuren Massnahmen der HIV/Aids-Prävention gefährden.

Die hier vorliegende Arbeit bildet nun quasi den Abschluss und eine Synthese bzw. Weiterentwicklung meiner Forschungsaktivitäten zum Thema Aidspolitik in der Schweiz. Damit ist die Beschäftigung mit dieser Thematik jedoch noch nicht zu einem Ende gekommen. Im Rahmen eines weiteren vom SNF finanzierten Forschungsprojektes (Nr. 105312-108435) werden bis im Frühling 2006 die Aidspolitiken von Deutschland, Frankreich, Holland und Grossbritannien untersucht und mit den in der Schweiz vorgefundenen Resultaten verglichen.

\* \* \*

Meine Dissertation wäre ohne die tatkräftige Unterstützung einer Reihe von Personen nicht zustande gekommen. Ein besonderer Dank geht an Prof. Dr. Daniel Kübler vom Institut für Politikwissenschaft der Universität Zürich, der diese Arbeit betreut hat. Er hat nicht nur optimale Rahmenbedingungen für die Ausarbeitung dieser Studie geschaffen, sondern hat mit seinen Ratschlägen und kritischen Kommentaren auch entscheidend zu deren Gelingen beigetragen. Bedanken möchte ich mich auch bei Prof. Dr. Ulrich Klöti, ebenfalls vom Institut für Politikwissenschaft, der sich freundlicherweise bereit erklärt hat, als Zweitreferent diese Dissertation zu begutachten. Danken möchte ich auch meinen KollegInnen des For-

schungsbereiches Policy-Analyse und Evaluation, allen voran Kathrin Frey, deren wertvolle und engagierte Mitarbeit bei der Realisierung der verschiedenen Fallstudien von unschätzbarem Wert waren. Mein Dank gilt auch Tim Frey, Nico van der Heiden und Urs Scheuss, die mir bei fachlichen und/oder computertechnischen Problemen beigestanden sind.

Mein herzlichster Dank gilt meiner Lebenspartnerin Katrin Grimm, die mich durch alle Höhen und Tiefen, die ich während der Ausarbeitung dieser Schrift durchlebt habe, begleitet und unterstützt hat. Ihr ist diese Arbeit gewidmet.

Bern, im Oktober 2005

# 1 Einleitung

Vor gut 20 Jahren schreckte eine zuvor unbekannte Krankheit die Öffentlichkeit auf. Da die unheimliche Krankheit ihre ersten Opfer zunächst vorwiegend im Homosexuellenmilieu forderte, wurde sie anfänglich als GRID (*Gay Related Immunodeficiency*) bezeichnet.<sup>1</sup> Nebst schwulen Männern wurde schon bald eine weitere Hauptbetroffenengruppe identifiziert: intravenös Drogenkonsumierende. Bis Mitte der 80er Jahre waren sowohl die Erkrankung, das dafür verantwortliche Virus (HIV, *Human Immunodeficiency Virus*)<sup>2</sup> wie auch die verschiedenen Übertragungswege bekannt.

Inzwischen wurde die Krankheit zu Aids (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*)<sup>3</sup> umbenannt. Die Krankheit Aids blieb lange mit gesellschaftlichen Randgruppen und entsprechend negativen Zuschreibungen assoziiert. Aids – und die davon Betroffenen – hatte in der Öffentlichkeit deshalb zunächst mit einem äusserst negativen Image zu kämpfen, denn Aids hatte mit Sex und Tod, mit Homosexualität, Prostitution, Promiskuität, Blut, Sucht, Drogen und Kriminalität zu tun. Einzig die durch kontaminierte Blutpräparate angesteckten Hä-mophilen blieben davon verschont, da sie ja selber keine Schuld an ihrer Infektion hatten. Diese Krankheitsattribute verweisen auch auf den Inhalt der politischen Auseinandersetzungen: einerseits ging es dabei um gesundheitliche Aspekte, andererseits aber auch um die Rechte der Bürgerin und des Bürgers.

Die Angst vor einem unkontrollierten Verlauf der Epidemie und die Angst vor einer öffentlichen Verunglimpfung von Minderheiten lösten seitens der öffentlichen Hand eine hohe Handlungs- und Ausgabenbereitschaft aus. Trotz dem negativen Image, mit dem Aids behaftet war, war also die politische Wahrnehmung des Gesellschaftsrisikos Aids politisch produktiv. Aids entfaltete eine enorme gesellschaftliche und politische Kraft, wofür in erster Linie Betroffenenorganisationen, allen voran die Schwulenbewegung, verantwortlich war. Diese Aktivitäten standen im Gegensatz zur relativen Machtlosigkeit der ansonsten im Gesundheitsbereich dominierenden Schulmedizin. Da in den Anfangsjahren der Epidemie keine wirksamen Medikamente verfügbar waren, musste sich die Medizin auf die Behandlung opportunistischer Erkrankungen beschränken. Demgegenüber nahm die Bedeutung vor allem psychosozialer oder auch komplementärmedizinischer Angebote zu.

---

<sup>1</sup> Auf deutsch etwa „in Verbindung mit Homosexualität auftretende Immunschwäche“.

<sup>2</sup> Immunschwächevirus beim Menschen.

<sup>3</sup> Erworbenes Immunschwächesyndrom.

Erst seit Mitte der 90er Jahre hat sich in der westlichen Welt durch die Einführung einer wirksamen Kombinationstherapie (HAART, *Highly Active Anti Retroviral Therapy*)<sup>4</sup> die Lage im Aidsbereich in einem dramatischen Ausmass entschärft. Dank dieser neuen Therapiemöglichkeit konnte der Verlauf einer HIV-Infektion bei vielen Betroffenen in Richtung einer chronischen Krankheit verschoben werden. Die Zahlen von aidskranken und an Aids verstorbenen Menschen sind seitdem stark rückläufig. Der Einsatz dieser Medikamente führt in vielen Fällen nicht nur zu einer Verlängerung der Lebenserwartung, sondern auch zu einer Verbesserung der Lebensqualität.

Dieser Erfolg in der medizinischen Behandlung von HIV und Aids ist verbunden mit sinkenden bzw. einigermaßen stabilisierten Infektionsraten. In der Schweiz etwa hat sich ab 1995 die Anzahl Neuinfektionen zwischen 500 und 1'000 Fällen pro Jahr eingependelt, nachdem noch 1986 über 3'000 und 1991 über 2'000 Infektionen zu verzeichnen waren. Diese Entwicklung zeigt, dass die auf den verschiedenen Ebenen und für die unterschiedlichsten Zielgruppen realisierten Präventionsmassnahmen offenbar gegriffen haben. „Offenbar“ deshalb, weil die Wirkungen von Präventionsmassnahmen nur sehr schwierig nachzuweisen sind.

Diese beiden im Aidsbereich eingetretenen Entwicklungen – die Verfügbarkeit einer wirksamen Kombinationstherapie sowie die Stabilisierung der HIV-Infektionsraten – haben zu einer Entspannung geführt. Aids scheint sich immer mehr zu einem „normalen“ Problem des öffentlichen Gesundheitswesens zu wandeln. Die Angst vor einem unkontrollierbaren Verlauf der HIV/Aids-Epidemie hat in den entwickelten Ländern des Westens abgenommen und damit auch das öffentliche Interesse an dieser Thematik. Aufgrund dieser Entwicklungen wird von ‚Normalisierung‘ bzw. ‚Normalität‘ gesprochen.

Dieser Umstand hat nicht nur Auswirkungen auf der individuellen Ebene, was sich in einer Abnahme des Präventions- und einer Zunahme des Risikoverhaltens äussert. Zu erwarten sind auch Auswirkungen auf die Bereitschaft der politischen EntscheidungsträgerInnen, Anstrengungen im Bereich der Prävention weiterhin zu finanzieren. Unklar ist auch, wie sich die HIV/Aids-Prävention selbst angesichts der Normalisierung entwickeln wird. Aufgrund dieses beschränkten Wissens steht im Zentrum dieser Dissertation denn auch die Frage, wie sich die HIV/Aids-Politik der Schweiz in der Phase der Normalisierung entwickelt hat. Ist aufgrund der im Aidsbereich eingetretenen Normalisierung bereits eine Anpassung der Aidspolitik erfolgt? Ist eine allfällige Anpassung nach einem inkrementalistischen Muster erfolgt, oder sind die Anpassungen so tiefgreifend, dass sogar von einem eigentlichen Politikwandel gesprochen werden muss? Diese im Zentrum der vorliegenden Dissertation stehende Frage evoziert weitere: Welches sind die zentralen Akteure in der Aidspolitik schweizerischer Provenienz, auf nationaler wie auf kantonaler Ebene? Wie haben sich die im Aidsbereich zur Verfügung stehenden personellen und finanziellen Res-

---

<sup>4</sup> Hochaktive antiretrovirale Therapie.

sourcen entwickelt? Gibt es Anzeichen für institutionelle Veränderungen in der Aidspolitik? Treten zwischen den verschiedenen Akteuren Verteilungskonflikte oder Konflikte ideeller Natur auf? Wer bestimmt die Strategie in der Aidsarbeit, wer setzt die Prioritäten? Auf all diese Fragen versucht diese Arbeit Antworten zu liefern.

## 1.1 Zielsetzung und Relevanz des Themas

Das Auftauchen eines bis anhin unbekannten Virus zu Beginn der 80er Jahre hat in allen westeuropäischen Ländern zu einem Innovationsschub in der Prävention, Krankenversorgung, Gesundheitspolitik und in Bürgerrechtsfragen geführt. Neue Zusammenarbeitsformen zwischen privaten und öffentlichen Akteuren sind entstanden, die es so zuvor nicht gegeben hat. Nichtregierungsorganisationen sind in einem Ausmass für die Umsetzung von zu einem grossen Teil von der öffentlichen Hand finanzierten Massnahmen betraut worden, wie das zuvor undenkbar gewesen wäre. Es ist deshalb nicht erstaunlich, dass gerade diese frühe Phase der Aids-epidemie bei SozialwissenschaftlerInnen auf ein grosses Interesse gestossen ist. Deshalb sind die von westlichen Ländern gewählten Vorgehensweisen zur Bekämpfung der weiteren Ausbreitung der HIV/Aids-Epidemie und die dabei erreichten Erfolge ausgiebig erforscht worden.

Die im Aidsbereich eingetretene Entwicklung hat jedoch auch eine Normalisierung im Forschungsbetrieb eingeleitet. Viele der in der sozialwissenschaftlichen Aidsforschung engagierten WissenschaftlerInnen haben sich in der Zwischenzeit neuen Forschungsbereichen zugewandt. Aus diesem Grund sind wissenschaftliche Erkenntnisse, die die Entwicklung der Aidspolitik in der Normalisierungsphase zum Thema haben, rar geworden. Einschätzungen zur aktuellen Situation der Aidspolitiken in den entwickelten Ländern des Westens basieren vielfach eher auf hypothetischen Annahmen denn auf einer handfesten empirischen Analyse der vorgefundenen Realität. Ein Ziel dieser Dissertation besteht deshalb darin, in der sozialwissenschaftlich orientierten Aids-Literatur zur künftigen Entwicklung der Aidspolitik aufgestellte Hypothesen anhand der Schweiz einer systematischen Überprüfung zu unterziehen. Wie noch zu zeigen sein wird, widersprechen die in der Schweiz beobachteten Entwicklungen den in der Literatur geäusserten Vermutungen in hohem Masse.

Neben diesem auf die Empirie ausgerichteten Ziel verfolgt diese Dissertation jedoch auch ein theoretisches. Denn es wird der Versuch unternommen, ein in den USA entwickeltes Theoriekonzept – die *Punctuated Equilibrium Theory* – auf die Schweiz anzuwenden. Damit wird in zweierlei Hinsicht Neuland betreten. Erstens sind Anwendungen der *Punctuated Equilibrium Theory* in Europa noch äusserst selten. Bei meiner Literaturrecherche bin ich einzig auf einzelne britische und eine dänische Arbeit gestossen. Im deutschsprachigen Raum ist mir keine Arbeit begegnet, die sich auf die *Punctuated Equilibrium Theory* beru-

fen hätte. Insofern stellt die Verwendung dieses theoretischen Konzepts im deutschen Sprachraum mit einiger Wahrscheinlichkeit eine Premiere dar.

Eine weitere Innovationsleistung dieser Dissertation besteht darin, dass die *Punctuated Equilibrium Theory* zum ersten Mal dazu verwendet wurde, Policyprozesse im Politikfeld HIV/Aids zu analysieren. Bis dato wurde die *Punctuated Equilibrium Theory* dazu benutzt, Prozesse in so unterschiedlichen Politikbereichen wie Tabak, Atomenergie, Pestizide, Drogen, Stadtentwicklung, Budget- bzw. Ausgabenpolitik, etc. zu beschreiben und zu analysieren. Der Umstand, dass Aidspolitik noch nie mit Hilfe der *Punctuated Equilibrium Theory* untersucht wurde, hängt vielleicht damit zusammen, dass es sich bei HIV/Aids noch um einen relativ jungen Politikbereich handelt. Normalerweise werden mit der *Punctuated Equilibrium Theory* Policyprozesse über mehrere Jahrzehnte untersucht. Mit dieser Arbeit soll also aufgezeigt werden, ob sich die *Punctuated Equilibrium Theory* bei der Untersuchung der schweizerischen Aidspolitik in der Phase der Normalisierung als fruchtbar erweist.

## 1.2 Struktur

Die hier vorliegende Dissertation gliedert sich in zehn Kapitel. Im Anschluss an dieses Einleitungskapitel werden im zweiten Kapitel einige grundsätzliche Überlegungen zur Aidspolitik angestellt. Zuerst werden die drei Dimensionen der Aidspolitik erläutert: Verhinderung von HIV-Ansteckungen, Therapie und Beratung von HIV-positiven und aidskranken Menschen, Solidarität mit Infizierten und Aidskranken. Danach werden die verschiedenen Phasen, die die Aidspolitik in den westlichen Industrieländern durchlaufen hat, dargestellt. Es wird gezeigt, dass sich die Aidspolitik seit Mitte der 90er Jahre in der Phase der Normalisierung befindet. Diese Tatsache hat Auswirkungen auf das individuelle Präventions- bzw. Risikoverhalten, aber auch auf die staatlichen Massnahmen. Es werden drei Szenarien der Aidsprävention in der Normalisierungsphase vorgestellt und am Schluss des Kapitels Anforderungen an eine Theorie formuliert, mit deren Hilfe die zentralen Fragestellungen dieser Studie beantwortet und erklärt werden sollen.

Im dritten Kapitel werden die für diese Dissertation als Basis dienenden theoretischen Grundlagen erläutert. Dabei werden zuerst die wichtigsten theoretischen Konzepte der *Punctuated Equilibrium Theory* dargestellt. Die *Punctuated Equilibrium Theory* gilt als Agendasetting-Theorie, die sich bei der Analyse von Policyprozessen in erster Linie auf zwei in der Politikwissenschaft zentrale Dimensionen stützt: Ideen sowie Institutionen, oder in der von der *Punctuated Equilibrium Theory* verwendeten Terminologie ausgedrückt: *policy image* sowie *policy venue*. Die *Punctuated Equilibrium Theory* geht davon aus, dass Policyprozesse vor allem dann als stabil zu bezeichnen sind, wenn das einer bestimmten Politik zugrunde liegende *policy image* unangetastet bleibt und wenn die institutionellen

Strukturen, die die Formulierung und Implementierung einer Policy bestimmen, stabil bleiben. In einem zweiten Schritt wird die *Punctuated Equilibrium Theory* mit dem Policy Netzwerk-Ansatz verknüpft. Die Kombination dieser beiden theoretischen Ansätze erfolgt aus zwei Gründen: Erstens weisen die in der Aidspolitik dominierenden Koalitionen aus staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren, die in der Terminologie der *Punctuated Equilibrium Theory* als *policy monopolies* bezeichnet werden, einen stark ausgeprägten Netzwerk-Charakter auf. Zweitens eignet sich der Policy Netzwerk-Ansatz gut dazu, ein analytisches Modell zur empirischen Überprüfung der Hypothesen zu bilden.

Im vierten Kapitel wird der Policyprozess von HIV/Aids vom Ausbruch der Epidemie bis zu deren Mitte der 90er Jahre eingetretenen „Beherrschbarkeit“ dargestellt. Es wird gezeigt, dass der in der Bekämpfung der Aidsepidemie erzielte Erfolg in erster Linie sogenannten *exceptionalist alliances* zu verdanken ist. Diese Ausnahme-Koalitionen vertreten eine in allen westeuropäischen Ländern angewendete Lösungsstrategie, die sich an den Prinzipien von *New Public Health* orientiert. *New Public Health* bemüht sich darum, Krankheiten insbesondere durch Verhaltensbeeinflussungen und durch eine Verbesserung der Lebensverhältnisse von besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen zu verhindern. Zwangsuntersuchungen, Quarantänemassnahmen oder Therapiezwang – alles Konzepte von *Old Public Health* – werden von diesem neuen gesundheitspolitischen Ansatz abgelehnt. Am Schluss des vierten Kapitels werden schliesslich aufgrund der in der sozialwissenschaftlich orientierten Aidsforschung geäusserten Einschätzung der jüngsten Entwicklungen und Tendenzen in der Aidspolitik entwickelter Länder des Westens die für diese Dissertation untersuchungsrelevanten Hypothesen formuliert.

In Kapitel 5 wird aufgezeigt, welches methodische Vorgehen gewählt wurde, um die Hypothesen sowie die verschiedenen Forschungsfragen dieser Dissertation empirisch zu untersuchen. Das dabei verwendete Forschungsdesign basiert auf vergleichenden Fallstudien. Im Rahmen dieser Dissertation wurden die Aidspolitiken der nationalen Ebene und der Kantone Aargau, Genf, Graubünden, Neuenburg, St. Gallen, Tessin und Zürich untersucht. Die dabei angewendete Datenerhebung basierte grundsätzlich auf qualitativen Methoden, der Dokumentenanalyse sowie der Durchführung von Interviews. Zum Zwecke dieser Dissertation wurden insgesamt 41 Interviews durchgeführt, davon acht auf der nationalen Ebene sowie 33 in den untersuchten Kantonen. Die Auswertung der dabei gewonnenen Daten erfolgte mit dem Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse.

Da es sich bei der *Punctuated Equilibrium Theory* um eine Agendasetting-Theorie handelt, mussten in einem separaten Untersuchungsteil auch Agendasetting-Prozesse untersucht werden. Um die Entwicklung der Aidsthematik auf der Medienagenda zu messen, wurde die entsprechende Berichterstattung in der Neuen Zürcher Zeitung untersucht. Die Entwicklung der Aidsthematik auf der nationalen Politagenda wurde mittels einer Analyse von

bundesparlamentarischen Vorstössen und den entsprechenden Bundesratsantworten erhoben.

Im sechsten Kapitel werden die Resultate aus der empirischen Untersuchung vorgestellt. Die Präsentation der Ergebnisse aus den acht Fallstudien erfolgt nach einem je identischen Muster. Zuerst werden einleitend einige fallspezifische epidemiologischen Daten vermittelt. Danach werden die wichtigsten im Aidsbereich tätigen Akteure mit ihrem jeweiligen HIV/Aids-spezifischen Angebot vorgestellt. Im Zentrum steht eine Analyse der in der Normalisierungsphase stattgefundenen Entwicklungen hinsichtlich der gewählten Lösungsstrategien (*policy image*) und der institutionellen Strukturen (*policy venue*). Am Schluss des Kapitels werden die Ergebnisse der Untersuchung der HIV/Aids-spezifischen Agendasetting-Prozesse vorgestellt.

In Kapitel 7 werden die in den acht Fallstudien präsentierten Ergebnisse zu einer Synthese zusammengefasst und die untersuchungsleitenden Hypothesen einer Überprüfung unterzogen. Dabei wird zunächst der Frage nachgegangen, ob die bis anhin in der Aidspolitik gewählten Lösungsstrategien trotz der eingetretenen Normalisierung nach wie vor Bestand haben oder ob es bereits zu einer Erosion von *New Public Health* gekommen ist. In einem zweiten Schritt werden allfällige strukturelle und regulatorische Veränderungen analysiert und in Beziehung zur Entwicklung der im Aidsbereich verfügbaren Ressourcen gesetzt. Am Schluss des Kapitels schliesslich wird die HIV/Aids-spezifische Entwicklung, die auf der makropolitischen Agenda stattgefunden hat, kommentiert und analysiert.

Im achten Kapitel schliesslich wird ein Schlussfazit gezogen. Zunächst werden einige grundsätzliche Überlegungen zur Zweckmässigkeit der *Punctuated Equilibrium Theory* zur Analyse der schweizerischen Aidspolitik angestellt. Anschliessend wird der Frage nachgegangen, ob in der *Punctuated Equilibrium Theory* eine andere politikwissenschaftlich relevante Dimension, die Interessensdimension, vernachlässigt wird. Danach wird der von der *Punctuated Equilibrium Theory* postulierte Zusammenhang zwischen Agendasetting-Prozessen und Policy Outputs untersucht. Zu guter Letzt wird der empirische Aufwand, der bei der Anwendung der *Punctuated Equilibrium Theory* anfällt, unter die Lupe genommen.

Den Abschluss dieser Dissertation bildet ein Abkürzungs- und Literaturverzeichnis (Kapitel 9 und 10) sowie ein Anhang, der aus einer Liste der interviewten Personen, einer Aufstellung der im Rahmen der Fallstudien verwendeten Dokumente und Quellen sowie der drei für die Interviewdurchführung verwendeten Gesprächsleitfäden besteht.



## 2 Ausgangslage: Aidspolitik im Wandel der Zeit

In diesem Kapitel werden zunächst einige grundsätzliche Überlegungen zur Aidspolitik angestellt. Zuerst wird auf die drei Dimensionen der Aidspolicy verwiesen: Verhinderung von HIV-Ansteckungen, Therapie und Beratung von HIV-positiven und aidskranken Menschen, Solidarität mit Infizierten und Aidskranken. Danach werden die verschiedenen Phasen, die die Aidspolitik in den westlichen Industrieländern durchlaufen hat, dargestellt. Es wird gezeigt, dass sich die Aidspolitik seit Mitte der 90er Jahre in der Phase der Normalisierung befindet, eine Tatsache, die nicht nur Auswirkungen auf die staatlichen Massnahmen, sondern auch auf das individuelle Schutzverhalten hat. Am Ende des Kapitels werden drei Szenarien der Aidsprävention in der Phase der Normalisierung vorgestellt und Anforderungen an eine Theorie formuliert, mit deren Hilfe die zentralen Fragestellungen dieser Studie untersucht werden sollen.

### 2.1 Die drei Dimensionen der Aidspolitik

Mit dem Begriff ‚Aidspolitik‘ wird fälschlicherweise oft nur die Prävention von HIV und Aids assoziiert. Die Verhinderung neuer HIV-Ansteckungen stellt jedoch nur einen Aspekt einer öffentlichen Aufgabe dar, die darüberhinaus noch weitere Dimensionen beinhaltet. Im Nationalen HIV/Aids-Programm 2004-2008 (Bundesamt für Gesundheit 2003) wird denn auch von drei Kerngeschäftsfeldern der Aidsarbeit gesprochen (vgl. Abbildung 1):

- Verhinderung der Ausbreitung von HIV;
- Therapie und Beratung bei einer HIV-Infektion und Aids-Erkrankung;
- Solidarität mit infektionsgefährdeten, infizierten und kranken Menschen.

Das Ziel des ersten Kerngeschäftsfeldes (*Prävention*) besteht darin, die weitere Ausbreitung des HI-Virus zu verhindern. Je nach Übertragungsweg ist dabei Prävention in verschiedenen übergeordneten Themengebieten verankert. In Bezug auf die sexuelle Übertragung des Virus ist HIV-Prävention ein Teilbereich der Prävention von STIs (*Sexually Transmitted Infections*)<sup>5</sup> und gehört damit zur Förderung der sexuellen Gesundheit (*Sexual Health*). In Bezug auf die Übertragung durch intravenösen Drogenkonsum ist HIV-Prävention im Kontext der Schadensminderung im Drogenbereich zu betrachten (Spritzenabgabe). Was die Übertragung des Virus bei Medizinalpersonal, von der Mutter auf das Kind sowie via

---

<sup>5</sup> Neben HIV gibt es verschiedene andere sexuell übertragbare Infektionskrankheiten wie beispielsweise Syphilis, Hepatitis B und C, Chlamydia oder Gonorrhö (Tripper).

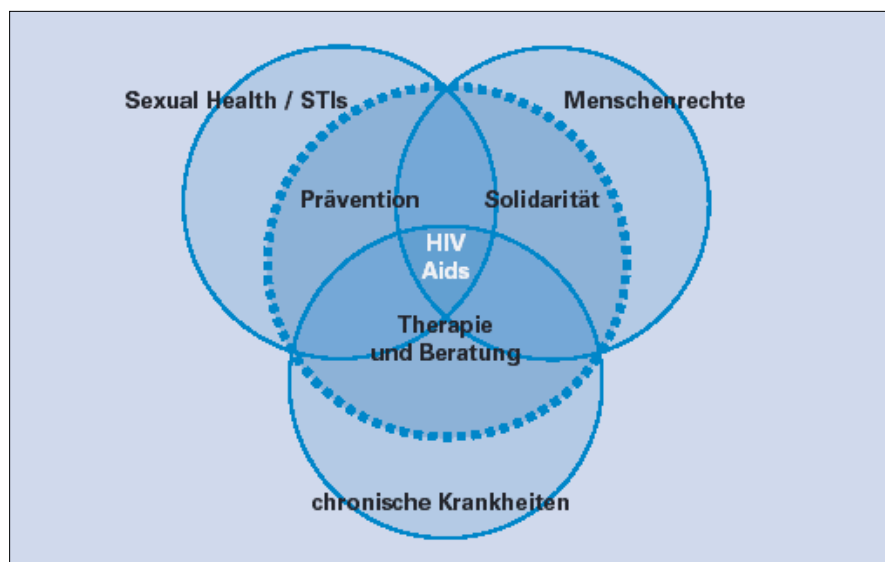
Blutprodukte anbelangt, so wird das Thema als Teil der entsprechenden professionellen Standards und der Aus-, Weiter- und Fortbildung betrachtet.

Das Ziel des zweiten Kerngeschäftsfeldes (*Therapie und Beratung*) besteht darin, allen in der Schweiz lebenden Menschen mit HIV und Aids den Zugang zu professioneller Beratung und Betreuung, Therapie und Pflege zu gewährleisten. Da sich Aids zunehmend von einer tödlichen zu einer chronischen Krankheit entwickelt hat, ist dieses Kerngeschäftsfeld Teil des medizinischen und psychologischen Umgangs mit chronischen Krankheiten.

Ziel des dritten Kerngeschäftsfeldes (*Solidarität*) schliesslich ist es, die Diskriminierung und Stigmatisierung von HIV-Infizierten zu verhindern und Ungleichheiten bei der Arbeit und den Sozialversicherungen abzubauen. Teil dieses Kerngeschäftsfeldes ist auch die Förderung der internationalen Solidarität bezüglich HIV und Aids. In diesem Zusammenhang engagiert sich die Schweiz auch auf der internationalen Ebene für die Aidsbekämpfung. Die bilaterale Zusammenarbeit mit Entwicklungs- und Transitionsländern erfolgt in erster Linie durch die Direktion für Entwicklung und Zusammenarbeit (DEZA), die Projekte von NGOs finanziell unterstützt. Daneben setzt sich der Bund auch durch die Mitarbeit in multilateralen Institutionen und Organisationen – z.B. im HIV/Aids-Programm der UNO (UNAIDS) – und durch deren finanzielle Unterstützung für die HIV/Aids-Bekämpfung ein.

Grafisch lassen sich die drei Kerngeschäftsfelder, die den Umfang bzw. die Grenzen der Aidspolitik abstecken, folgendermassen darstellen:

**Abbildung 1: Die drei Kerngeschäftsfelder der Aids-Arbeit**



Quelle: Bundesamt für Gesundheit (2003: 16).

Das schraffierte Feld stellt den Geltungsbereich des Nationalen HIV/Aids-Programms dar. In der vorliegenden Untersuchung wird das Schwergewicht auf die beiden Bereiche Prävention und Therapie gelegt; die rechtliche Dimension der Aidspolitik wird nicht systematisch untersucht. Zudem wird der Schwerpunkt auf präventive Massnahmen im Kontext der sexuellen Übertragung des HI-Virus gelegt. Dies insbesondere deshalb, weil die Prävention von HIV-Infektionen durch intravenösen Drogenkonsum einem anderen Politikbereich (Drogenpolitik) zuzuordnen ist. Dies kommt zum Beispiel dadurch zum Ausdruck, dass für die Bereitstellung von sterilem Injektionsmaterial andere Strukturen – allen voran Organisationen aus dem Schadenminderungsbereich – verantwortlich sind (vgl. Kübler, Neuschwander et al. 2002).

### 2.1.1 Information und Prävention von HIV und Aids

Jedes Land setzt in seinem Kampf gegen die weitere Ausbreitung von HIV und Aids unterschiedliche Schwerpunkte. Den meisten Ländern der westlichen Welt gemeinsam ist jedoch ein Modell der Aidsprävention, das auf drei Interventionsebenen beruht (Weilandt, Heckmann et al. 2001; Bundesamt für Gesundheit 2003):

- *bevölkerungsbezogene Information* (Breitenwirkung): Die Bevölkerung soll regelmässig über HIV/Aids und die entsprechenden Schutzmöglichkeiten informiert werden. In der Schweiz geschieht dies in erster Linie mittels der 1987 erstmals lancierten STOP AIDS-Kampagne.
- *zielgruppenspezifische Information und Motivation* (Breiten- und Tiefenwirkung): auf der zweiten Interventionsebene sollen vor allem Personen erreicht werden, die sich risikant verhalten, zu einer Gruppe mit hoher Prävalenz<sup>6</sup> gehören oder eine erhöhte Vulnerabilität<sup>7</sup> aufweisen.
- *individuelle Prävention und Beratung* (Tiefenwirkung): sie erfolgt mittels dezentraler Angebote für die individuelle und personenspezifische Information und Prävention.

Das in der HIV/Aids-Prävention angewandte Modell der drei Interventionsebenen gründet auf der Einsicht, dass für einen grossen Bevölkerungsteil das Wissen um die HIV-Infektion (Übertragungswege und Schutzmöglichkeiten) bereits eine ausreichende präventive Wirkung hat. Menschen, die sich riskant verhalten und Menschen in vulnerablen Lebensum-

---

<sup>6</sup> Die HIV-Prävalenz bezeichnet den prozentualen Anteil von HIV-positiven Menschen innerhalb einer bestimmten Bevölkerungsgruppe. Somit umfasst die Prävalenz die Gesamtzahl aller HIV-Infizierten innerhalb einer bestimmten Bevölkerungsgruppe, abzüglich der Todesfälle von HIV-Infizierten.

<sup>7</sup> Der Begriff der ‚Vulnerabilität‘ bezeichnet die Anfälligkeit von Personen oder Gruppen für ein bestimmtes Gesundheitsrisiko (z.B. eine HIV-Infektion). Das Konzept von vulnerablen Gruppen trägt der Tatsache Rechnung, dass Menschen in schwierigen Lebensumständen oder in Krisensituationen ein höheres Gefährdungspotenzial aufweisen als andere.

ständen hingegen müssen mit spezifischen Präventions- und Informationsbotschaften bedient werden. Die individuelle Beratung schliesslich richtet sich an Menschen, deren persönliche Fragen und Probleme einer individuell auf sie abgestimmten Klärung und Lösung bedürfen.<sup>8</sup>

### 2.1.2 Therapie von HIV und Aids

Aids ist zwar nach wie vor eine unheilbare Krankheit, doch stehen seit 1996 wirksame Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung, die bei vielen Menschen nicht nur die Lebenserwartung steigern, sondern auch deren Lebensqualität. Dieser Erfolg ist der sogenannten hochaktiven antiretroviralen Therapie (*Highly Active Anti-Retroviral Therapy*, HAART) zu verdanken. Weitere Fortschritte in der medikamentösen Behandlung von HIV und Aids werden erwartet:

„Zu denken ist beispielsweise an vereinfachte Einnahmeschemen, die Entwicklung von individuell abgestimmten, optimalen Kombinationstherapien oder die Zulassung weiterer, wirksamer Substanzen gegen HIV, insbesondere gegen resistente Viren.“ (Aids Infothek 3/00: 3).

Zu Beginn der Epidemie wurde der Schwerpunkt der medizinischen Bemühungen auf verbesserte Behandlungsmöglichkeiten akut auftretender opportunistischer Erkrankungen gelegt. 1987 wurden in den USA die ersten Medikamente (AZT, Retrovir) zur Behandlung der HIV-Infektion zugelassen. Doch die Einnahme dieser Medikamente war in vielen Fällen mit enormen Nebenwirkungen verbunden. Zudem erbrachten die in diesem Zusammenhang durchgeführten klinischen Studien keine befriedigenden Ergebnisse. Bis 1994 wurden weitere Medikamente entwickelt. Erste klinische Studien zeigten, dass die Kombination von zwei antiretroviralen Substanzen die Krankheitsprogression besser zu verzögern vermag als der Einsatz nur einer Substanz. Mit der Entwicklung einer ganz neuen Medikamentengruppe, den sogenannten Protease-Inhibitoren, gelang schliesslich der Durchbruch in der antiretroviralen Therapie. Ab 1995/96 gelangten die Fachleute zur Erkenntnis,

„dass der kombinierte Einsatz von mehreren Medikamenten erforderlich ist, um langfristig eine Hemmung der Virusreplikation zu erzielen.“ (Arastéh und Simon 2000: 4).

Die Kombinationstherapie gegen HIV war geboren. 1997 schliesslich wurde HAART durch die Möglichkeit einer Post-Expositions-Prophylaxe (PEP) ergänzt. Eine PEP-Behandlung muss innerhalb von 72 Stunden nach einer allfälligen HIV-Infektion begonnen werden. Die Behandlung erstreckt sich über vier Wochen. PEP bringt die tägliche Einnahme mehrerer

---

<sup>8</sup> Die wichtigsten der in der Schweiz umgesetzten Präventionsmassnahmen werden in Kapitel 6 ausführlich dargestellt.

Medikamente mit sich, die entsprechende Nebenwirkungen haben. Eine Erfolgsgarantie gibt es bei einer PEP-Behandlung keine.

Die Einleitung und Durchführung einer antiretroviralen Therapie ist eine komplexe Angelegenheit. Allgemeingültige Empfehlungen, wann welche Substanzen in welcher Kombination und Reihenfolge eingesetzt werden sollen, sind ein Ding der Unmöglichkeit. Jede Patientin und jeder Patient reagiert anders auf den Medikamentencocktail. Zudem ist die Durchführung einer antiretroviralen Therapie mit hohen Kosten verbunden. Zürn, Taffé et al. (2001) schätzen die direkten Kosten einer HIV-infizierten Person auf 21'000 Franken pro Jahr. Die Kosten für eine durch präventive Massnahmen verhinderte HIV-Infektion werden auf 73'600 Franken veranschlagt. Die Autoren folgern daraus, dass die Verhinderung einer HIV-Infektion weniger Kosten verursacht als eine lebenslange Behandlung derselben.

Dennoch hat der Erfolg der klinischen Medizin die Bedeutung einer HIV-Infektion grundsätzlich gewandelt. Die dank HAART eingetretene „Beherrschbarkeit“ der Infektionskrankheit hat dazu geführt, dass die Lebenserwartung von HIV-positiven Menschen beträchtlich gestiegen ist. Demgegenüber stellt die Kombinationstherapie für die Verhaltensprävention eine grosse Herausforderung dar. Offenbar gibt es eindeutige Hinweise dafür,

„dass der durch die HIV-Therapien geförderte Optimismus zunehmend an Einfluss gewinnt, sowohl auf die Einschätzung der von HIV und Aids ausgehenden Gefahr als auch darauf, wie die Notwendigkeit bewertet wird, sich beim Sex vor einer möglichen Infektion zu schützen.“ (Aggleton 1999: 4).

HAART hat also nicht nur zu einem Wandel der Wahrnehmung von HIV/Aids, sondern auch zu Verhaltensänderungen in der Bevölkerung geführt. Zudem wird durch HAART das Verhältnis zwischen medizinischer Versorgung und Primärprävention sehr viel komplexer.

Die Verfügbarkeit wirksamer Medikamente hat weitere Auswirkungen auf den Verlauf der HIV/Aids-Epidemie. Die Abnahme der Sterbefälle hat nämlich zur Folge, dass die Gesamtzahl HIV-positiver Menschen in der Schweiz steigt. Dies auch deshalb, weil die Neuinfektionsrate deutlich höher liegt als die Sterberate. Ob deshalb das in der Schweiz vorhandene Virenreservoir insgesamt grösser wird, ist aber nicht sicher, da mittels einer erfolgreichen anti-retroviralen Therapie die Virenkonzentration im Blut unter die Nachweisgrenze gesenkt werden kann und damit die Virenkonzentration auch in anderen Körperflüssigkeiten sinkt. Insofern weist HAART auch einen primärpräventiven Aspekt auf, da erfolgreich therapierte Menschen weniger ansteckend sind als unbehandelte VirusträgerInnen.

Der mit HAART erzielte Erfolg wird heutzutage vor allem durch Resistenzentwicklungen beeinträchtigt: Personen mit Therapieerfahrung weisen zum Teil Anteile von resistenten HIV-Varianten in der Grössenordnung von über 70% auf. Auch bei den Neuinfektionen

werden vermehrt resistente HIV-Varianten nachgewiesen. Ihr Anteil wurde in der Schweiz auf rund 10% geschätzt. Aufgrund dieser Entwicklungen kommt das BAG zu folgendem Schluss:

„Bereits deutet die stagnierende Abnahme der Neuerkrankungen darauf hin, dass die Zahl der HIV-infizierten Personen in der Schweiz, für die es keine wirksame Therapie mehr gibt, im Anstieg begriffen ist.“ (Bundesamt für Gesundheit 2003: 38).

### **2.1.3 Solidarität mit Betroffenen**

Die Förderung der gesellschaftlichen Solidarität mit infektionsgefährdeten, infizierten und kranken Menschen stellt das dritte Kerngeschäftsfeld in der Aidsarbeit dar. Dabei geht es insbesondere um den Abbau von Diskriminierungen, die HIV-positive oder aidskranke Menschen in der Arbeitswelt und in den Sozialversicherungen erfahren. Solidaritätsarbeit beinhaltet aber auch den Kampf gegen Forderungen nach Zwangstherapien oder anderen Zwangsmassnahmen.

In den letzten Jahren ist aufgrund der gravierenden Situation in weiten Teilen Afrikas und in anderen Weltregionen die internationale Solidarität bezüglich HIV und Aids immer wichtiger geworden. Für von der HIV/Aids-Epidemie besonders stark betroffene Länder ist solidarisches Handeln dabei eng gekoppelt an konkrete Hilfestellungen der westlichen Welt. Von dieser wird insbesondere der Zugang zu billigen Medikamenten gefordert. Aber auch die Unterstützung der Präventionsarbeit und der Aufbau einer Infrastruktur für die Betreuung und Begleitung von Menschen mit HIV und Aids stehen zuoberst auf der Wunschliste von besonders stark betroffenen Ländern.

Diese Ausführungen zeigen, dass die in der Schweiz geleistete Solidaritätsarbeit sowohl eine inländische wie auch eine internationale Komponente aufweist, indem sie eine Situationsverbesserung nicht nur im Inland, sondern auch im Ausland anstrebt (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2003: 40).

### **2.1.4 Zwei unterstützende Funktionen: Epidemiologie und Evaluation**

Ein weiterer Bereich der Aidsarbeit, der zur Unterstützung der drei Kerngeschäftsfelder beiträgt und wofür das BAG die Verantwortung trägt, ist die epidemiologische Überwachung von HIV und Aids sowie die regelmässige Evaluation der von der öffentlichen Hand umgesetzten bzw. unterstützten Massnahmen.

Das BAG liefert durch die epidemiologische Überwachung die Datenbasis für die Ausgestaltung entsprechender Massnahmen. Die neusten Zahlen der HIV/Aids-Statistik werden

regelmässig im Bulletin des BAG veröffentlicht. Zudem wird am Ende jeden Jahres die epidemiologische Situation von HIV/Aids des Vorjahres in einer eigenen Publikationsreihe veröffentlicht.<sup>9</sup> Die Einführung der obligatorischen, anonymen Meldepflicht erfolgte im Jahre 1987 und wurde in zwei auf dem Epidemiengesetz basierenden Verordnungen festgelegt.<sup>10</sup>

Die HIV/Aids-Politik der Schweiz wird seit deren Beginn evaluiert und entsprechend den Ergebnissen laufend angepasst. Der Ausbruch der HIV/Aids-Epidemie läutete gleichsam den Beginn der Evaluationstätigkeit im BAG ein. Nachdem sich das Instrument der Evaluation im Aidsbereich langsam zu etablieren begann, dehnte das BAG seine Evaluationstätigkeit zuerst auf den Bereich der illegalen Drogen, dann auf die Bereiche Alkohol und Tabak aus. Durch die 1990 erfolgte Schaffung eines eigenen Evaluationsdienstes wurde der Stellenwert der Evaluation innerhalb des BAG entscheidend gestärkt (vgl. Widmer, Rüegg et al. 2001: 35). Seit 1987 ist die dem Lausanner Institut für Sozial- und Präventivmedizin angegliederte *Unité d'évaluation de programmes de prévention* (UEPP) für die Globalevaluation der nationalen HIV/Aids-Strategie zuständig, während einzelne Evaluationsstudien auch an andere Forschungsteams vergeben wurden. Die von der UEPP durchgeführten Evaluationen konnten beispielsweise zeigen, dass die vom Bund geförderten Präventionsmassnahmen zu einer Verbesserung des Schutzverhaltens bei Jugendlichen und bei der Allgemeinbevölkerung führten, ohne dass dadurch das sexuelle Verhalten der Bevölkerung grundlegend verändert wurde. In die Evaluation integriert war in der Vergangenheit auch ein Monitoring der Verhaltensweisen, insbesondere des Schutzverhaltens.<sup>11</sup>

## 2.2 Die vier Phasen der Aidspolitik in Westeuropa

Der Verlauf der HIV/Aids-Epidemie hat sich seit ihrem Beginn anfangs der 80er Jahre – zumindest in den meisten westlichen Industrieländern – stark verändert. Am Beispiel der Schweiz soll die Entwicklung der Epidemie in den letzten rund 20 Jahren dargestellt werden.

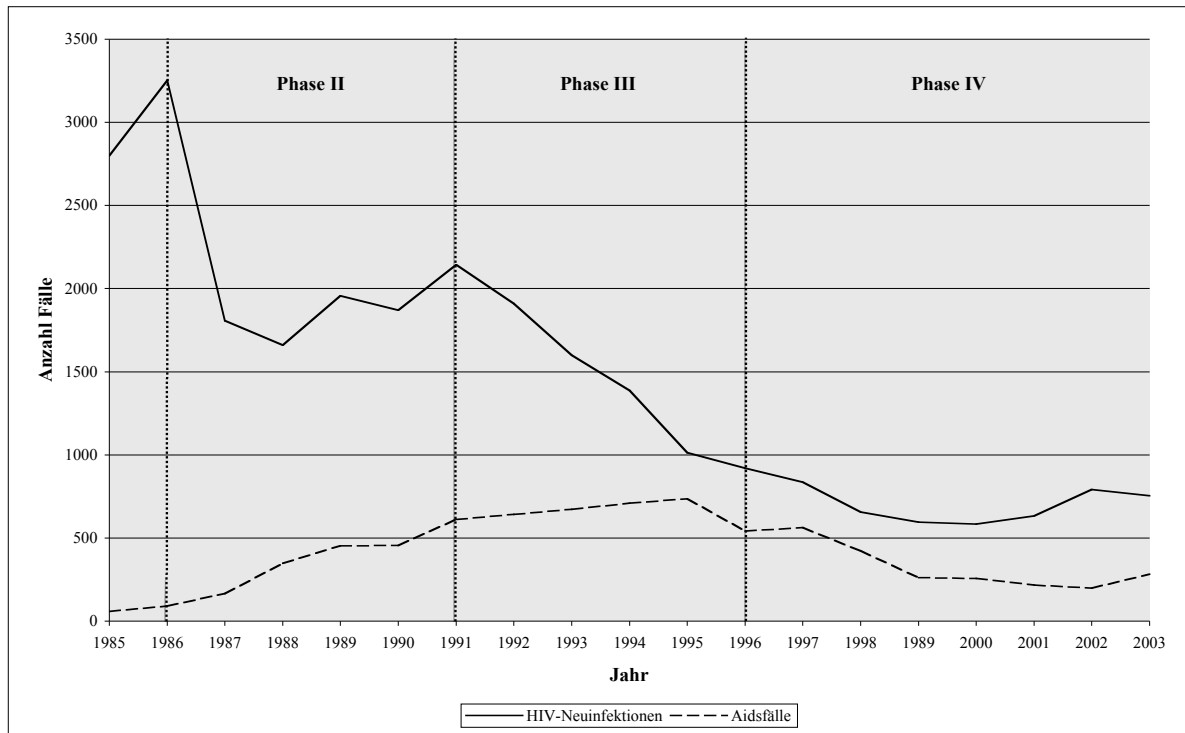
---

<sup>9</sup> Diese Publikationsreihe läuft unter dem Titel „Aids und HIV in der Schweiz. Epidemiologische Situation Ende ....“.

<sup>10</sup> Verordnung über die Meldung übertragbarer Krankheiten des Menschen (Melde-Verordnung, SR 818.141.1) sowie Verordnung über Arzt- und Labormeldungen (SR 818.141.11).

<sup>11</sup> Im Nationalen HIV/Aids-Programm 2004-2008 ist vorgesehen, Evaluation, Meldewesen, Monitoring und HIV/Aids-Forschung als eigenständiges Element der Wissensbeschaffung zu nutzen (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2003: 14).

**Abbildung 2: HIV und Aids in der Schweiz seit 1985**



Quelle: Bundesamt für Gesundheit (2004) (Stand 31.7.2004; provisorische Raten für 2003).

Aus Abbildung 2 wird ersichtlich, dass die Anzahl Neuinfektionen seit 1991 bis ins Jahr 2000 kontinuierlich gesunken ist. In den letzten Jahren ist die Kurve wieder angestiegen, scheint sich nun aber wieder zu stabilisieren. Der Erfolg von HAART lässt sich auch am Verlauf der in der Schweiz nachgewiesenen Aidsfälle ablesen. Seit 1995 ist die Anzahl neu diagnostizierter Aidsfälle rückläufig. 2003 gab es jedoch auch bei den Aidsfällen einen Wiederanstieg zu verzeichnen.

In Bezug auf die Ansteckungswege lässt sich sagen, dass der Anteil Neuinfektionen in der heterosexuellen Transmissionsgruppe von anfänglich 6.5% im Jahre 1985 auf über 50% im Jahre 2002 zunahm. Im Gegensatz dazu verringerte sich der Anteil der Gruppe mit Drogeninjektion als Ansteckungsweg von über zwei Dritteln in der Mitte der 80er Jahre auf rund elf Prozent im Jahre 2002. Im Bereich MSM (Männer, die Sex mit anderen Männern haben) stieg der Anteil zwischen 1985 bis 1994 zunächst von rund 20% auf 33% an und nahm dann wieder ab. In den letzten Jahren betrug der MSM-Anteil rund 25%. Der seit dem Jahre 2000 zu erkennende Wiederanstieg der Infektionszahlen ist vor allem auf eine Zunahme beim sexuellen Ansteckungsweg (MSM sowie heterosexueller Geschlechtsverkehr) zurückzuführen. Bei drogeninjizierenden Personen war hingegen nur eine leichte Zu-



nahme zu beobachten. Bei den heterosexuellen Fällen sind MigrantInnen aus der Subsahara-Region überproportional betroffen (BAG 2004).

Nicht nur der Verlauf der Epidemie hat sich in den letzten zwanzig Jahren verändert, sondern auch die diesbezüglich ergriffenen Massnahmen seitens der öffentlichen Hand. Im Prozess des gesellschaftlichen und politischen Umgangs mit Aids werden häufig vier Phasen unterschieden (Rosenbrock, Dubois-Arber et al. 1999; Rosenbrock, Dubois-Arber et al. 2000; Setbon 2000; Rosenbrock, Schaeffer et al. 2002).

In der *ersten Phase*, die ungefähr von 1981 bis 1986 dauerte, wurde der Grundstein für den späteren Erfolg in der Bekämpfung der Aidsepidemie gelegt. Erste Massnahmen gegen HIV und Aids mussten unter hoher Unsicherheit und unter beträchtlichem Zeitdruck konzeptualisiert, entschieden und umgesetzt werden. Der durch Aids entstandene Problemdruck löste hohe politische Handlungs- und finanzielle Ausgabenbereitschaft aus und führte auf verschiedenen Gebieten zu vielfältigen Innovationen.

In der *zweiten Phase* (ca. 1986 bis 1991) fand eine Konsolidierung der in dieser Ausnahmesituation entstandenen Verfahren, Aufgabenteilungen und Institutionen statt. Gleichzeitig wurde klar, dass schwule Männer und intravenös Drogenkonsumierende weiterhin zu den am meisten betroffenen Bevölkerungsgruppen zählen würden. Obwohl Katastrophen in Inzidenz<sup>12</sup> und Prävalenz ausblieben, blieb der Sonderstatus von Aids zunächst unbestritten.

In der *dritten Phase* (ca. 1991 bis 1996) bekam der Sonderstatus von Aids erste Risse und Anzeichen einer beginnenden Normalisierung machten sich bemerkbar. Die HIV-Neuinfektionen gingen zurück, die Auseinandersetzungen um Minderheitenschutz und Bürgerrechte beruhigten sich und es stellten sich erste Therapieerfolge ein, die in Richtung auf eine Chronifizierung von Aids hindeuteten. Gleichzeitig begann sich das Aidsmanagement zu konsolidieren und zu professionalisieren.

In der *vierten Phase* schliesslich, die ab ungefähr 1996 einsetzte, begannen sich die Infektionszahlen aufgrund der mit der Präventionsarbeit erzielten Erfolge zu stabilisieren. Zudem konnten die Lebenserwartung und Lebensqualität von HIV-positiven bzw. aidskranken Menschen mit der Entwicklung wirksamer, medikamentengestützter Behandlungsmöglichkeiten (HAART) massiv gesteigert werden. In den meisten Ländern setzten sich im Gesundheitswesen Kostensenkungsmassnahmen sowie markliberale Prinzipien durch. Viele

---

<sup>12</sup> Der Begriff der Inzidenz bezeichnet die Anzahl neuer HIV-Infektionen, die innerhalb einer bestimmten Bevölkerungsgruppe in einer bestimmten Zeitperiode (meistens ein Jahr) stattgefunden haben. Wenn die HIV-Inzidenz bei der schwarzen Bevölkerung Grossbritanniens im Jahre 2000 1.2% betrug, bedeutet diese Zahl, dass sich im Verlaufe dieses Jahres 1.2% der schwarzen Bevölkerung Grossbritanniens mit HIV angesteckt hat.

in der von HIV/Aids verursachten Ausnahmesituation entwickelte Innovationen in der Prävention und Krankenversorgung wurden in Frage gestellt, andere hingegen in die „normale“ Gesundheitsadministration und Krankenversorgung integriert (vgl. Kapitel 2.3). Aufgrund dieser Entwicklungen wird diese vierte Phase mit dem Begriff ‚Normalisierung‘ bzw. ‚Normalität‘ bezeichnet.

Normalisierung bedeutet, dass die Krankheit Aids

„zunehmend als eine unter anderen chronischen Infektionskrankheiten gesehen und behandelt [wird]: epidemiologisch eher unbedeutend, präventiv halbwegs akzeptabel kontrolliert und medizinisch zunehmend beherrschbar.“ (Rosenbrock und Schaeffer 2002: 7).

Die Normalisierung von Aids kann also in erster Linie durch zwei wesentliche Merkmale charakterisiert werden: Stabilisierung der HIV-Neuinfektionen sowie Möglichkeit der medikamentösen Behandlung. Ein weiteres Kennzeichen der Normalisierung bzw. eine Folge davon besteht darin,

„dass Aids als gesundheitliches und soziales Problem unter vielen anderen rangiert, also parallel ein Prozess der Depolitisierung ablief.“ (Rosenbrock, Schaeffer et al. 2002: 34).

### **2.3 Szenarien der Aidsprävention in der Phase der Normalisierung**

Rosenbrock, Dubois-Arber et al. (2000) gehen davon aus, dass die im Westen erreichten Erfolge in der Aidsprävention zunehmend unter Druck geraten werden. Die zu Beginn der Epidemie befürchteten Schreckensszenarien sind – zumindest in den entwickelten Staaten des Westens – nicht eingetreten. Aids hat seinen Sonderstatus verloren, dadurch ist den in der Bekämpfung von HIV und Aids beteiligten Akteuren eine wichtige symbolische Ressource abhanden gekommen. Die schwindende öffentliche Aufmerksamkeit gegenüber Aids hat bei Vielen zu einer Motivationskrise geführt. Die Pionierphase ist vorbei und hat Routineabläufen Platz gemacht. Viele Aidsaktivisten der ersten Stunde sind unterdessen an der Krankheit gestorben und haben grosse Lücken hinterlassen. Zudem sind viele, von der öffentlichen Hand finanzierte HIV/Aids-spezifische Programme unterdessen beendet worden und entsprechende Massnahmen werden nach und nach in die normale Gesundheitsverwaltung integriert. Durch den zunehmenden Erfolg medikamentöser Behandlungsmöglichkeiten sind Bestrebungen im Gang, Aids wie andere chronische Erkrankungen zu behandeln und dementsprechend in die Gesundheitsadministration zu integrieren.

Unter Berücksichtigung dieser jüngsten Entwicklungen haben Rosenbrock, Dubois-Arber et al. (2000: 1623) drei idealtypische Normalisierungsszenarien entworfen, die möglicherweise in Westeuropa zu erwarten sind:

1. *Normalisierung als Abbau*: Staatliche Beiträge werden gekürzt, was nicht nur den (gerechtfertigten) Abbau von Überkapazitäten zur Folge hat, sondern auch zu einer Gefährdung von grundlegenden Angeboten der HIV/Aids-Prävention führt. Staatliche und nicht-staatliche Organisationen, die sich auf das Thema Aids spezialisiert haben, verschwinden und mit ihnen spezifische Angebote in diesem Themenbereich.
2. *Normalisierung als Stabilisierung*: Aids wird zunehmend als Krankheit unter vielen anderen wahrgenommen. Die HIV/Aids-Thematik wird mehr und mehr in die üblichen Aktivitäten der betroffenen Fachstellen und Berufe des Gesundheits- und Sozialwesens integriert. Bestimmte, von den in der Bekämpfung von HIV und Aids beteiligten Akteuren initiierte Massnahmen und Projekte, können damit institutionalisiert und stabilisiert werden.
3. *Normalisierung als Generalisierung*: Durch den von Aids geschaffenen Problemdruck wurden in vielen Bereichen der Gesundheits- und Sozialpolitik Innovationen ausgelöst. Manche davon setzten sich auch bei anderen Themen durch (z.B. in der Sexualerziehung oder Gesundheitsförderung). Die zur Eindämmung der Aidsepidemie entwickelten Lösungsvorschläge dienen also als Vorbild für andere Bereiche des Gesundheits- und Sozialwesens.

Es ist anzunehmen, dass die eingetretene Normalisierung im Aidsbereich Auswirkungen auf die künftige Aidspolitik haben wird. Wie Dubois-Arber, Jeannin et al. (2001) aufzeigen konnten, hat diese Entwicklung bereits Auswirkungen auf das individuelle Risikoverhalten (abnehmendes Schutzverhalten innerhalb bestimmter Zielgruppen). Andererseits ist auch damit zu rechnen, dass die politische Unterstützung für Präventionsmassnahmen abnehmen wird.

Es liegen aber erst wenige Forschungsergebnisse vor, die sich mit der Aidspolitik in der Normalisierungsphase auseinandersetzen. Setbon (2000) zum Beispiel geht davon aus, dass die Möglichkeit der medikamentösen Behandlung einhergehen wird mit einem Niedergang der Anstrengungen im Präventionsbereich: öffentliche Gelder werden zukünftig zulasten der Prävention vermehrt in die klinische Medizin gesteckt. Diese Entwicklung wird seiner Ansicht nach zu einer Wiedererstarkung des *Old Public Health*-Modells mit einem Monopol der klinischen Medizin führen (Setbon 2000: 71)<sup>13</sup>. Steffen (2000b) stellt die Vermutung auf, dass die zunehmende Bekämpfung von Aids mit Hilfe von teuren Medikamenten die Verwaltung von HIV/Aids vor grosse Herausforderungen stellen wird. Sie glaubt, dass die Aidsaktivisten ihren vormals privilegierten Zugang zu den öffentlichen Entscheidungsträgern bald mit anderen Akteuren im Gesundheitswesen, vor allem mit der klinischen Medizin und Krankenversicherungen, teilen müssen (Steffen 2000b: 219).

---

<sup>13</sup> Der Unterschied zwischen *New Public Health* und *Old Public Health* wird in Kapitel 5.1 erläutert.

Diese Ausführungen zeigen, dass in sozialwissenschaftlich orientierten Untersuchungen bereits einige Vermutungen über die zukünftige Entwicklung der Aids politik formuliert wurden. Eine systematische, empirische Überprüfung dieser Hypothesen hat bis jetzt jedoch nicht stattgefunden. Ob in der Aids politik der westlichen Welt aufgrund der Normalisierung bereits ein Politikwandel stattgefunden hat bzw. ob sich ein solcher abzuzeichnen beginnt, ist also noch eine offene Frage. Aus dieser Problemstellung resultiert gleichzeitig die Anforderung an ein theoretisches Konzept, mit dessen Hilfe diese offene Frage untersucht werden soll: Eine solche Theorie muss einerseits in der Lage sein, Policyprozesse zu erklären, in denen *normal policymaking* die Regel ist. Sie muss aber auch in der Lage sein, Policyprozesse zu erklären, die durch einen allfälligen Politikwandel geprägt sind.

### 3 Theoretische Grundlagen

In diesem Kapitel werden die untersuchungsleitenden theoretischen Grundlagen dieser Dissertation erläutert. Als erstes erfolgt eine Diskussion von früheren Studien zur HIV/Aids-Thematik, die in der Schweiz angefertigt wurden. Danach werden die wichtigsten Konzepte der in dieser Dissertation verwendeten Theorie – der *Punctuated Equilibrium Theorie* – erläutert. Es wird aufgezeigt, dass die *Punctuated Equilibrium Theorie* als Agendasetting-Theorie betrachtet wird, die sich bei der Analyse von Policyprozessen auf zwei in der Politikwissenschaft zentrale Dimensionen stützt: Ideen sowie Institutionen. Zum Schluss wird der Policy Netzwerk-Ansatz erläutert, aus dem ein Modell zur Analyse der im HIV/Aids-Bereich in der Normalisierungsphase stattgefundenen Policyprozesse hergeleitet werden soll.

#### 3.1 Schweizer Untersuchungen zur HIV/Aids-Politik

Das Politikfeld HIV/Aids wurde sowohl auf kantonaler und nationaler, wie auch auf internationaler Ebene bereits verschiedentlich von Schweizer SozialwissenschaftlerInnen untersucht. Bütschi und Cattacin (1994) beispielsweise haben mittels verschiedener Fallstudien untersucht, wie in der Schweiz auf nationaler und kantonaler Ebene vorgegangen wird, um HIV/Aids sowie Probleme im Zusammenhang mit übermässigem Alkoholkonsum zu bewältigen. Zu diesem Zweck haben sie mit Hilfe des Policy Netzwerk-Ansatzes die in den beiden Politikfeldern und in den untersuchten Fällen dominierenden Kooperations-Netzwerke eruiert.

Vitali und Cattacin (1997) haben mittels einer Fragebogen-Erhebung bei allen im HIV/Aids-Bereich tätigen Institutionen die Situation in diesem Bereich erfasst, was ihnen ermöglichte, Problembereiche und insbesondere Lücken im Bereich der Prävention und der Umsetzung von Massnahmen zu erkennen. Mit dieser vom Bundesamt für Gesundheit (BAG) in Auftrag gegebenen Studie sollten zwei Ziele verfolgt werden:

- Die Entwicklung eines Monitoring-Konzeptes, mit dessen Hilfe die Problembereiche erfasst werden können, die sich in den Kantonen im Bereich der Aidsprävention ergeben;
- Vorschlag von Massnahmen, wie dieses Beobachtungsinstrument mit einer institutionalisierten Begleitung und Unterstützung der involvierten Organisationen verknüpft werden kann.

Cattacin und Panchaud (1997) untersuchten die HIV/Aids-Politik von zwölf westeuropäischen Ländern<sup>14</sup> und kamen dabei zum Schluss, dass die Einbindung von NGOs in die jeweilige staatliche Aidspolitik für den Erfolg der ergriffenen Massnahmen von zentraler Bedeutung ist und dass diese neue Zusammenarbeitsform zwischen staatlichen und privaten Akteuren beispielhaft sein könnte für weitere Bereiche der Gesundheits- und Sozialpolitik in westlichen Wohlfahrtsstaaten. Die Autoren identifizierten dabei drei grundlegende Modelle, wie HIV/Aids in Westeuropa verwaltet wird: ein neo-konservatives Modell, ein technokratisches Modell sowie ein Gesellschaftsmodell<sup>15</sup>. Theoretisch orientierten sich Cattacin und Panchaud am *Welfare Mix*-Ansatz, mit dessen Hilfe das Arrangement von staatlichen und privaten Akteuren und deren Output sowie die innerhalb dieser Arrangements stattfindenden Prozesse analysiert werden können.

Bachmann, Bachmann et al. (2002) befassten sich mit dem Thema ‚Risikoverwaltung: Lernen aus der eidgenössischen Politik im Umgang mit Gesundheitsrisiken‘<sup>16</sup> und untersuchten und verglichen dabei vier Fälle mit einer Relevanz für die öffentliche Gesundheit: HIV/Aids, HIV-infiziertes Blut, BSE<sup>17</sup> sowie Hepatitis C. Das Ziel der Untersuchung bestand darin, anhand der vier ausgewählten Fälle sowohl Risikodefinitionsprozesse als auch die administrative Bearbeitung dieser Risiken zu analysieren. Theoretisch knüpften die AutorInnen dabei insbesondere an Arbeiten von Beck (1986) und Luhmann (1991) an. Beck legte 1986 mit seinen Überlegungen zur Risikogesellschaft den Grundstein für einen gesellschaftlichen Diskurs über Risiken, die als politisches Problem betrachtet werden, die insbesondere auch verwaltet werden müssen. Luhmann führte die konzeptionelle Unterscheidung von Risiko und Gefahr ein, die nach Ansicht der Autorenschaft im Vordergrund steht, wenn politische oder administrative Risikodiskurse analysiert werden sollen.

Kübler, Neuenschwander et al. (2002) untersuchten in einer vom BAG im Rahmen der Globalevaluation der schweizerischen Aidspolitik in Auftrag gegebenen und deshalb in Zusammenarbeit mit der UEPP durchgeführten Studie zum einen die drei Normalisierungsszenarien und zum anderen neue Partnerschaften in der HIV/Aids-Prävention auf Bundesebene und in fünf Kantonen.<sup>18</sup> Zu diesem Zweck verwendeten sie den sogenannten Advocacy Koalitionen-Ansatz (*Advocacy Coalition Framework*, ACF). Auf der theoretischen Basis des ACF untersuchten sie das Kräfteverhältnis zwischen Advocacy-Koalitionen im

---

<sup>14</sup> Belgien, Italien, Österreich, Portugal, Schweden, Schweiz, Frankreich, Grossbritannien, Norwegen, Dänemark, Holland und (West)Deutschland.

<sup>15</sup> Die zwischen den einzelnen Modellen bestehenden Unterschiede werden in Kapitel 4.2 ausführlich erläutert.

<sup>16</sup> So der gleichlautende Titel ihrer Publikation.

<sup>17</sup> Die Abkürzung BSE steht für bovine spongiforme Enzephalopathie, besser bekannt als Rinderwahnsinn. Diskutiert wurde insbesondere ein allfälliger Zusammenhang zwischen BSE beim Rind und der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit beim Menschen.

<sup>18</sup> Untersucht wurden die Kantone Genf, Luzern, Solothurn, Tessin und Zürich.

HIV/Aids-Bereich und wie sich dieses auf die im HIV/Aids-Bereich realisierten Massnahmen auswirkt. Ebenso analysierten sie, ob sich die Bedingungen, von denen dieses Kräfteverhältnis zwischen den Koalitionen abhängt (das Handlungspotenzial einer Koalition; die Fähigkeit einer Koalition, die Verwendung staatlicher Ressourcen zu kontrollieren; die Lernfähigkeit einer Koalition) verändern und wie sich dies allenfalls auf die im Aidsbereich implementierten Massnahmen auswirkt. Insbesondere interessierten sie sich für die Frage, inwieweit die vom BAG und anderen nationalen und kantonalen politischen Instanzen gewählten Vorgehensweisen im Aidsbereich dazu beitragen, das Szenario ‚Normalisierung als Abbau‘ zu vermeiden. In ihren Schlussfolgerungen weisen Kübler, Neuenschwander et al. (2002: 149-154) darauf hin, dass der ACF nur eine geringe Erklärungskraft für die in der Schweiz auf der nationalen und kantonalen Ebene ablaufenden Policyprozesse im HIV/Aids-Bereich aufweist. Für das Eintreten eines bestimmten Normalisierungsszenarios machen sie weniger die Intensität von Ideenkonflikten verantwortlich, als vielmehr die Stärke bzw. Schwäche der einzelnen Präventions-Koalitionen. Diese Stärke bzw. Schwäche ist zum einen vom Ausmass des Handlungspotenzials einer Koalition abhängig, zum anderen aber auch von ihrer Fähigkeit, die Bereitstellung staatlicher Ressourcen zu beeinflussen. Beide Erfolgsfaktoren beeinflussen sich gegenseitig.

Die oben stehenden Ausführungen verdeutlichen, dass das Politikfeld HIV/Aids mittels unterschiedlichster theoretischer Ansätze untersucht wurde. In der Tat stehen in der Policy-Analyse eine Vielzahl von theoretischen und analytischen Ansätzen zur Verfügung, um Politikinhalte zu untersuchen (Parsons 1995; Sabatier 1999). Diese werden von John (2002) fünf Gruppen zugeordnet:

- *institutionelle Ansätze*: in dieser Gruppe sind politische Institutionen wie beispielsweise Parlamente, Gesetzessysteme, bürokratische Organisationen etc. von zentraler Bedeutung für politische Entscheidungen und Outcomes.
- *Gruppen- und Netzwerk-Ansätze*: in dieser Gruppe spielen Interessengruppen und informelle Beziehungen innerhalb und ausserhalb politischer Institutionen für Entscheidungen und Outcomes eine zentrale Rolle.
- *sozio-ökonomische Ansätze*: Faktoren sozio-ökonomischer Natur bestimmen die Entscheidungen politischer Akteure und haben somit einen Einfluss auf den Output und den Outcome einer Politik.
- *Rational Choice Theorie*: diese Theorie geht davon aus, dass Entscheidungen und Outcomes massgeblich von Präferenzen und Verhandlungen von politischen Akteuren geprägt werden. Diese Akteursverhandlungen finden als eine Art Spielserie statt, bei der die Strukturen, in denen eine Wahl getroffen wird, von institutionellen sowie sozio-ökonomischen Zwängen bestimmt wird.
- *auf Ideen basierende Ansätze*: ideelle Vorstellungen über adäquate Lösungsstrategien politischer Probleme führen ein Eigenleben. Bei den auf Ideen basierenden Ansätzen

geht man davon aus, dass Ideen im politischen Prozess unabhängig von und vorgängig von Interessen zirkulieren und an Einfluss gewinnen.

Neben diesen fünf in der Policy-Analyse zentralen theoretischen und analytischen Ansätzen gibt es Versuche, einzelne Elemente der verschiedenen Ansätze zu kombinieren und daraus quasi in einer Art Synthese neue Theoriekonzepte zu generieren. John (2002) zählt zu diesen Vorhaben insbesondere den von Sabatier (1991) und Sabatier und Jenkins-Smith (1993) entwickelten ACF, den von Kingdon entwickelten *Policy Streams-Approach* (1984) sowie die *Punctuated Equilibrium Theory*, die von Baumgartner und Jones (1993) entwickelt wurde. Der ACF sowie die *Punctuated Equilibrium Theory* gelten dabei als Theorieansätze, mit deren Hilfe Policyprozesse über eine lange Zeitspanne untersucht werden können (Sabatier 1999). Die Begründer der *Punctuated Equilibrium Theory* erheben zudem den Anspruch, damit sowohl durch Stabilität geprägte Phasen, wie auch plötzlichen Politikwandel, erklären zu können. Insofern betrachten sie ihr theoretisches Konzept als

„single model of the policy process and of agenda-setting that can explain both stability and rapid change“. (Baumgartner und Jones 1993: 4).

Da in dieser Arbeit ein Politikbereich über eine Zeitperiode von rund zehn Jahren untersucht werden soll und da der ACF offenbar nur eine geringe Erklärungskraft für die in der Schweiz im Aidsbereich zu beobachtenden Policyprozesse aufweist (vgl. Ausführungen weiter oben), wird in dieser Dissertation auf die *Punctuated Equilibrium Theory* zurückgegriffen. Daneben spricht ein weiterer Grund für die Verwendung dieser Theorie. Wie insbesondere Cattacin und Panchaud (1997) sowie Kübler, Neuenschwander et al. (2002) aufzeigen konnten, spielt die Zusammenarbeit von Gesundheits- und Sozialbehörden mit im Aidsbereich tätigen NGOs bei der Bekämpfung der HIV/Aids-Epidemie eine zentrale Rolle. Wie in diesem Kapitel noch ausführlich gezeigt wird, sind auch in der *Punctuated Equilibrium Theory* solche netzwerkartigen Zusammenarbeitsarrangements, die dort als *policy monopolies* bezeichnet werden, von zentraler Bedeutung; ein Umstand, der gleichzeitig eine wichtige Erklärung dafür liefert, weshalb als Ergänzung zur *Punctuated Equilibrium Theory* der Policy Netzwerk-Ansatz verwendet wird.



### 3.2 Die Punctuated Equilibrium Theory

Bei der *Punctuated Equilibrium Theory* handelt es sich um eine Agendasetting-Theorie, deren Kernaussagen sich auf die Biologie sowie die Computerwissenschaften stützen (Parsons 1995). Aus der Biologie stammt die Idee, dass Politikwandel am besten verstanden werden kann als unterbrochenes Gleichgewicht (*punctuated equilibrium*). Das heisst, generell ist zwar der Politikprozess geprägt durch langwährende Phasen der Stabilität, die jedoch durchsetzt werden können durch kürzere Phasen der Instabilität, in denen ein Politikwandel ausgelöst werden kann. Oder wie es Hefferman (2002) ausdrückt:

„Periods of political continuity, the rule, are matched by occasions of political change, the exception, after which a new form of continuity prevails.“ (Hefferman 2002: 749f.).

Aus den Computerwissenschaften stammt die Idee, dass sowohl der einzelne Mensch, wie auch kollektive Akteure nicht in der Lage sind, alle anstehenden Informationen bzw. Issues gleichzeitig – parallel – zu verarbeiten. Deshalb wurden im politischen Bereich zum Zwecke der Erhöhung der Verarbeitungskapazitäten politische Subsysteme geschaffen, die in der Lage sind, gleichzeitig eine Unmenge von Issues zu verarbeiten.

„Thousands of issues may be considered simultaneously in parallel within their respective communities of experts.“ (True, Jones et al. 1999: 100).

Ab und zu jedoch wird dieser Mechanismus der parallelen Informationsverarbeitung aufgebrochen und Issues müssen auf der makropolitischen Ebene – eines nach dem anderen – verarbeitet werden. Im Verständnis der *Punctuated Equilibrium Theory* setzt sich die makropolitische Ebene in Bezug auf die USA aus dem Präsidenten, dem Kongress, den Medien sowie fallweise dem Obersten Gerichtshof zusammen. Diese Institutionen behandeln – im Scheinwerferlicht der Öffentlichkeit – Issues, und zwar eines nach dem anderen. Politik, die sich auf der makropolitischen Ebene abspielt, ist demnach geprägt durch einen Agendazugang auf höchster politischer Ebene, eine Berücksichtigung der aktuellen politischen Lage sowie die Möglichkeit von tiefgreifenden politischen Veränderungen (True und Utter 2002). Die Umsetzung politischer Massnahmen, das eigentliche *Policymaking*, findet nicht auf der makropolitischen Ebene statt, sondern wird an politische Subsysteme delegiert. Diese Subsysteme setzen sich – wieder bezogen auf die USA – aus Kongressabgeordneten, Angestellten der öffentlichen Hand sowie Interessengruppen zusammen.

Issues gelangen in der Regel dann auf die makropolitische Ebene, wenn bis anhin unbeteiligte Akteure an der politischen Debatte partizipieren. Wenn ein politisches Issue auf die

makropolitische Ebene gelangt, um dort seriell verarbeitet zu werden, geschieht dies oft deshalb, weil Issues neu definiert wurden und weil sie in den Medien und bei der Bevölkerung auf ein vermehrtes Interesse stossen (Jones 1994).

In diesem Kapitel werden zuerst verschiedene Studien vorgestellt, die sich auf die *Punctuated Equilibrium Theory* abstützen. Anschliessend werden die wichtigsten Konzepte, die der *Punctuated Equilibrium Theory* zu Grunde liegen, anhand konkreter Beispiele aus verschiedenen Politikbereichen vorgestellt. Als Grundlage für dieses Vorhaben dienen insbesondere Baumgartner und Jones (1993, 2002) sowie True, Jones und Baumgartner (1999)<sup>19</sup>. Die Verknüpfung der theoretischen Grundlagen mit Erkenntnissen aus der sozialwissenschaftlichen Aidsforschung bildet die Basis für die Formulierung der Hypothesen, die dieser Untersuchung zugrunde liegen (vgl. Kapitel 4.6).

### 3.2.1 Bisherige Anwendungen der *Punctuated Equilibrium Theory*

Die *Punctuated Equilibrium Theory* wird nicht nur in der Politikwissenschaft, sondern in einer Vielzahl weiterer Wissenschaftsbereiche verwendet (Erickson und Kuruvilla 1998). Gold (1999) beispielsweise benutzte die *Punctuated Equilibrium Theory* als Grundlage, um auf der Mikroebene organisatorischen Wandel einer amerikanischen Grundschule über eine Zeitspanne von 23 Jahren zu analysieren. Er kam dabei zum Schluss, dass der Auslöser für organisatorische Veränderungen nicht rationale Entscheidungen der Schulleitung waren, schulische Programme und Schulstrukturen zu verbessern, sondern Legitimitätsdefizite auf Seiten der Schulleitung bzw. der Lehrerschaft. Robinson (2004) hat sich mit der Frage auseinandergesetzt, wie sich die Bürokratisierung im Schulbereich auf budgetrelevante Entscheidungsprozesse auswirkt und ob Bürokratisierung als irrationale Kraft verstanden werden muss, die Starrheit und Unterbrechungen (*rigidity and punctuations*) hervorruft, oder als rationale Kraft, die Flexibilität und Anpassungsfähigkeit (*flexibility and adaptability*) bewirkt. Robinson kommt zum Schluss, dass die Bürokratie in den untersuchten Schulen eher dazu beiträgt, Unterbrechungen in Budgetprozessen zu vermindern als sie zu nähren. Erickson und Kuruvilla (1998) untersuchten Veränderungsprozesse industrieller Beziehungssysteme (*industrial relations system*) in den vier Ländern Schweden, Südafrika, Neuseeland und den USA. Dabei identifizierten sie zwei Transformationstypen: einen inkrementalistischen sowie einen im Sinne eines unterbrochenen Gleichgewichts. Sie fanden heraus, dass industrielle Beziehungssysteme Tayloristischer Natur (*job-control-based*) eher zu radikalen Transformationsprozessen im Sinne der *Punctuated Equilibrium Theory* neigen, während korporatistische Systeme sich den äusseren Begebenheiten eher durch schrittweise Reformen inkrementalistischer Natur anpassen.

---

<sup>19</sup> Eine kritische Auseinandersetzung mit der *Punctuated Equilibrium Theory* erfolgt in Kapitel 8.

In der politikwissenschaftlichen Forschung wurde die *Punctuated Equilibrium Theory* in der Vergangenheit für die Untersuchung unterschiedlichster Politikfelder herangezogen. Die Begründer der *Punctuated Equilibrium Theory*, Baumgartner und Jones (1993), untersuchten für die Entwicklung ihrer Theorie Policyprozesse in sehr unterschiedlichen Politikbereichen wie etwa Schädlingsbekämpfungsmittel, Rauchen, illegale Drogen, Atomenergie, Flugverkehr, Kindsmisbrauch, Alkohol, Regierungsbeziehungen sowie Stadtentwicklung. True (2000) erklärt mit Hilfe dieser Theorie umfangreiche Budgetänderungen sowie politische Neuausrichtungen in der amerikanischen Finanzpolitik. True und Utter (2002) benutzten die *Punctuated Equilibrium Theory*, um die Entwicklung der US-amerikanischen Waffenpolitik, die geprägt wird durch eine anhaltende Debatte zwischen Verfechtern einer liberalen und solchen einer repressiven Waffenpolitik (*gun rights* vs. *gun control*), und deren Einfluss auf das Ausmass des Waffenbesitzes in Amerika nach dem 2. Weltkrieg bis heute zu analysieren. Die Autoren fanden heraus, dass Politikwandel auf der nationalen Ebene kaum einen Einfluss auf den Besitz von Gewehren und Schrotflinten hatte, dass dadurch jedoch der Besitz von Faustfeuerwaffen zurückging. Jordan (2003) weitete Untersuchungen zur Ausgabenpolitik, die auf der nationalen Ebene gemacht wurden, auf die lokale Ebene aus und analysierte die entsprechende Politik von 38 amerikanischen Grossstädten über eine Zeitspanne von 27 Jahren. Sie ermittelte die Häufigkeit sowie die Wahrscheinlichkeit von zukünftigen Unterbrechungen (*punctuations*) und zeigte auf, dass die Häufigkeit von solchen Unterbrechungen je nach Politikbereich variiert.<sup>20</sup>

Intensiv mit der *Punctuated Equilibrium Theory* auseinandergesetzt hat sich auch der britische Politikwissenschaftler Peter John. In einem 1999 erschienenen Artikel (John 1999) zeigt er auf, wie sich die *Punctuated Equilibrium Theory* und der *Policy Streams-Approach* verbinden und erweitern lassen, um daraus eine eigene Evolutionstheorie herzuleiten, mit der sich Politikwandel erklären lässt. Anhand der 1990 in Grossbritannien eingeführten *Poll Tax* und deren Abschaffung drei Jahre später unterzieht er seine Evolutionstheorie einem empirischen Test und kommt dabei zum Schluss, dass damit die Einführung und Abschaffung dieser umstrittenen Steuer besser erklärt werden kann als mit anderen theoretischen Konzepten. Zusammen mit Margetts untersuchte er die Entwicklung der britischen Budgets auf der nationalen Regierungsebene in der Zeitperiode von 1951 bis 1996 (John und Margetts 2003). Die beiden Forscher interessierten sich für die Frage, ob die prozentualen Budgetänderungen eine normalverteilte Kurve ergeben oder ob die Kurve eine leptokurtische Form aufweist, so wie von der *Punctuated Equilibrium Theory* vermutet. John und Margetts fanden heraus, dass die prozentualen Budgetänderungen eine leptokurtische Verteilung<sup>21</sup> bilden, dass also die britischen Budgetentwicklungen nicht einem inkrementalisti-

---

<sup>20</sup> Sie untersuchte die Bereiche Polizei, Feuerwehr, Sanität, öffentliche Parkanlagen, öffentliche Bauten sowie Highways.

<sup>21</sup> Leptokurtisch: Verteilung mit positiver Kurtosis. Die Beobachtungen konzentrieren sich mehr an den Ausläufern und weniger im Zentrum als bei einer Normalverteilung (spitzgipflige Verteilung).

schen Muster folgen. Mortensen (2005) hat nicht Budgetentwicklungen, sondern die zwischen 1976 bis 2003 effektiv getätigten Ausgaben der nationalen Administration Dänemarks untersucht. Dabei hat er herausgefunden, dass die Ausgabenpolitik Dänemarks sowohl durch lange Phasen der Stabilität, wie auch durch Unterbrechungen geprägt ist.

Berkman und Reenock (2004) schliesslich untersuchten die zwischen 1950 und 1992 erfolgten Reorganisationen in den 52 Staaten der USA. Dabei fanden sie heraus, dass Verwaltungs-Reorganisationen in den amerikanischen Staaten nicht dem von der *Punctuated Equilibrium Theory* postulierten, sondern zwei anderen Mustern folgten (umfassende Reorganisationen bzw. inkrementalistische Konsolidierungen).<sup>22</sup>

Die oben stehenden Ausführungen verdeutlichen, dass die *Punctuated Equilibrium Theory* zur Untersuchung verschiedenster Politikbereiche verwendet werden kann. In der vorliegenden Studie wird nun zum ersten Mal die *Punctuated Equilibrium Theory* herangezogen, um das Politikfeld HIV/Aids zu analysieren. In den folgenden Unterkapiteln werden die zentralen Grundlagen und Konzepte dieser Theorie herausgearbeitet.

### **3.2.2 Die Bedeutung von policy images und policy venues in Politikprozessen**

*Policy image* und *policy venue* sind zentrale Elemente in der *Punctuated Equilibrium Theory*, die in diesem Kapitel anhand einiger konkreter Beispiele diskutiert werden sollen. Die *Punctuated Equilibrium Theory* geht davon aus, dass, wenn sich das Image einer bestimmten Politik und deren *venue* grundsätzlich ändern, die Wahrscheinlichkeit gross ist, dass ein Politikwandel stattfinden wird. In den folgenden Ausführungen wird zuerst das Konzept des *policy image* abgehandelt.

#### **3.2.2.1 Policy Image**

Das Konzept des *policy image* verweist auf die Art und Weise, wie ein Issue verstanden und diskutiert wird. Es verweist auf die Idee und Lösungsstrategien, mit denen ein bestimmter Politikbereich verknüpft wird. Insofern kann ein *policy image* definiert werden als

„the supporting set of ideas structuring how policy makers think about and discuss the policy.“  
(Baumgartner und Jones 2002: 12).

---

<sup>22</sup> Umfassende Reorganisationen (*comprehensive reorganizations*) werden charakterisiert durch top-down Entscheidungen, durch eine weitreichende Verwaltungs-Reorganisation innerhalb einer kurzen Zeitperiode sowie durch die Aufhebung bzw. Fusion von nicht weniger als 281 Verwaltungseinheiten. Inkrementalistische Konsolidierungen (*incremental consolidations*) sind geprägt durch dezentralistische und nicht durch top-down Entscheidungen und erfolgten eher punktuell, über eine längere Zeitperiode.

Obschon es sich bei Policies oftmals um sehr komplexe Angelegenheiten handelt, werden Policies in der Regel in vereinfachender, symbolischer Art erklärt und verstanden. Aufgrund der vielschichtigen Facetten können ein und derselben Policy von verschiedenen Akteurgruppen unterschiedliche Images zugeschrieben werden. Während die Befürworter einer bestimmten Policy versuchen, die öffentliche Aufmerksamkeit auf ein spezifisches Set von *policy images* zu lenken, versucht die Gegnerschaft, ein anderes Set von *policy images* in den Vordergrund zu rücken. Die Vorherrschaft eines *policy image* kann umso leichter erzielt werden, wenn es *Policymakern* gelingt, das *policy image* mit zentralen politischen und gesellschaftlichen Werten in Verbindung zu bringen, die auf einfache Art und in direkter Weise kommuniziert werden können. Wenn eine Policy mit positiven Attributen versehen werden kann wie Fortschritt, Patriotismus, Unabhängigkeit von ausländischen Einflussversuchen, Fairness, Wirtschaftswachstum etc., wird es sehr schwierig, Einwände gegen ein solcherartiges *policy image* vorzubringen.

Bei *policy images* handelt es sich immer um eine Mischung aus empirischen Informationen und emotionalen Komponenten. Diese emotionalen Komponenten kommen manchmal stark, manchmal weniger stark zur Geltung, sind aber jeder Policy inhärent. In *Agendas and Instability in American Politics* (Baumgartner und Jones 1993) werden viele verschiedene Beispiele von Policies aufgeführt, deren Image sich im Verlaufe der Zeit teilweise fundamental verändert haben. Wenn die emotionale Dimension einer Policy ändert, wenn sich der Ton, in dem in den Medien über ein bestimmtes Issue berichtet wird, ändert, bietet sich die Gelegenheit, ein dominierendes *policy image* anzugreifen und unter Umständen einen Politikwandel herbeizuführen.

Am Beispiel der amerikanischen Atomenergiepolitik sollen diese etwas abstrakten Ausführungen konkretisiert werden. Baumgartner und Jones (1993) zeigen auf, dass die verschiedenen sowohl positiv wie auch negativ besetzten Facetten der Energiegewinnung aus Atomkraftwerken in der öffentlichen Debatte nie alle simultan thematisiert wurden; die in der Öffentlichkeit diskutierten Vor- und Nachteile der Atomenergie fokussierten sich immer nur auf einen Aspekt der Policy. So war gemäss Baumgartner und Jones in den 40er und 50er Jahren in den USA die aus Atomkraftwerken gewonnene Energie noch mit einem positiven Image behaftet, wurde sie doch von einer Mehrheit der Bevölkerung als saubere, billige Energie wahrgenommen, die zum wirtschaftlichen Aufschwung in den USA beitrug. Als das Thema in den 60er und 70er Jahren erneut auf der politischen Agenda stand, änderte sich das vormals vorherrschende positiv besetzte Image der Atomenergie und ein negatives nahm überhand. Atomenergie wurde ein paar Jahrzehnte später plötzlich mit unab-

sehbaren Risiken und Umweltverschmutzung assoziiert. Dieser Imagewandel hatte schliesslich einen tiefgreifenden Politikwandel zur Folge.<sup>23</sup>

Baumgartner und Jones ziehen aus diesem und vielen weiteren Beispielen folgenden Schluss:

„A dominant public policy image is often unidimensional even while the underlying issue is multidimensional. Attention is often directed at only one aspect or dimension, while others are suppressed or ignored.“ (Baumgartner und Jones 2002: 21).

Nicht allen Issues können jedoch ohne weiteres verschiedene Imagedimensionen zugeordnet werden. Es gibt auch solche, die nur ein bestimmtes, spezifisches *policy image* auf sich vereinigen. Baumgartner und Jones (1993: 150-171) beschreiben drei solcher Issues, die sie als *valence issues* bezeichnen: Drogenmissbrauch, Alkoholmissbrauch sowie Kindsmissbrauch. Ob Drogen- oder Alkoholmissbrauch als gut oder schlecht zu betrachten ist, steht ausser Frage. Bei einem *valence issue* steht nicht dessen Konzeption im Vordergrund, es geht nicht so sehr um die ideelle Definition eines Issues, als viel mehr um konkurrierende Lösungsansätze. Die Art und Weise, wie politische Lösungen mit Problemen verknüpft werden (Kingdon 1984), hat einen Einfluss auf die Dynamik eines Policyprozesses. Eine Gemeinsamkeit von *valence issues* besteht darin, dass es sich dabei oft um Issues mit einem hohen Profilierungspotenzial handelt, dass diese Issues aber kaum abschliessend zu lösen sind.

Aids kann ebenfalls als *valence issue* bezeichnet werden. Dass gegen die weitere Ausbreitung dieser Epidemie etwas getan werden muss(te), wird wohl von niemandem bestritten. Angesichts fehlender Alternativen im medizinischen Bereich kamen dabei anfänglich nur Massnahmen im Bereich der Prävention in Frage. Hier wiederum gab und gibt es natürlich unterschiedliche Ansichten über die effektivsten Präventionsbotschaften und –inhalte. Auch über die Frage, ob HIV-infizierte Menschen einer obligatorischen Meldepflicht zu unterstehen haben, besteht kein Konsens. Im Falle des Politikbereichs Aids geht es also nicht darum, unterschiedliche Imagedimensionen zu identifizieren und allfällige Verschiebungen dieser Dimensionen und deren Folgen zu untersuchen. Vielmehr ist in diesem Politikbereich zentral, welcher Lösungsansatz zur Bewältigung bzw. Eindämmung des Problems verfolgt wird.

---

<sup>23</sup> Die Mechanismen, die zu dieser Wahrnehmungsänderung in der Bevölkerung führten, werden in Kapitel 3.2.4 erläutert.

### 3.2.2.2 Policy Venue

Neben dem *policy image* stellt das Konzept von *policy venues* ein zweites, zentrales Element in der *Punctuated Equilibrium Theory* dar.

„Policy venues are the institutional locations where authoritative decisions are made concerning a given issue.“ (Baumgartner und Jones 1993: 32).

Mit dem Konzept von *policy venue* wird auf die Wichtigkeit der institutionellen Komponente in Policyprozessen verwiesen. Institutionen sind im Verständnis der *Punctuated Equilibrium Theorie* Regeln, die eine gewisse Zeit Bestand haben und die dazu dienen, Entscheidungen zu treffen. Mittels Institutionen werden Massnahmen und Programme festgelegt, um Probleme von öffentlichem Interesse zu bewältigen. In Institutionen werden die rechtlichen Rahmenbedingungen, die Spielregeln, die Abläufe bestimmt, an die sich die bei der Problembewältigung beteiligten Akteure zu halten haben. Um die Einhaltung dieser Spielregeln zu garantieren, braucht es gleichzeitig Strukturen, die den Policyprozess überwachen.

Wenn durch neu auftretende Probleme politischer Handlungsbedarf entsteht, werden neue Strukturen geschaffen, die die zur Problembewältigung angezeigten Massnahmen und Prozesse definieren. In der Logik der *Punctuated Equilibrium Theorie* werden solche Institutionen normalerweise geschaffen, um die Teilnahme bestimmter Akteure zu fördern und die Partizipation anderer Akteure nach Möglichkeit zu verhindern. Institutionen werden auch geschaffen, um die Nutzung bestimmter Informationen zu vereinfachen und die Nutzung anderer Informationen zu erschweren. Institutionen dienen schliesslich auch dazu, spezifische Aspekte eines Issues in den Vordergrund zu rücken und andere Aspekte nach Möglichkeit auszublenden. Insofern spielen Institutionen bei der Issuedefinition bzw. bei der Schaffung und Aufrechterhaltung eines bestimmten *policy image* eine zentrale Rolle.

Probleme von öffentlichem Interesse sind oft sehr komplex. Die zum Zweck der Problembewältigung geschaffenen Institutionen fokussieren sich jedoch in der Regel nur auf ein Element eines bestimmten Problems. Wenn im Laufe der Zeit andere Dimensionen eines Issues an Bedeutung gewinnen, können Stimmen laut werden, die die Reorganisation bestehender bzw. die Schaffung neuer Institutionen einfordern.

„Rival institutions are created that approach the same problem from a different perspective, and in time these jurisdictional overlaps multiply.“ (Baumgartner und Jones 2002: 25).

Policy Issues fallen je nach Politikbereich in den Zuständigkeitsbereich mehrerer Institutionen, oder aber nur einem spezifischen Set von Institutionen. Weshalb Policy Issues ausgerechnet von einem bestimmten *policy venue* und nicht von einem anderen aufgenommen

und bearbeitet werden, ist ein undurchsichtiger, rätselhafter Vorgang. Ebenso rätselhaft ist es, weshalb ein Policy Issue ausgerechnet mit einem spezifischen Image und nicht mit einem anderen verbunden wird. Je nach Art des *policy venue* werden mit bestimmten Policies in Verbindung gebrachte Images akzeptiert oder abgelehnt. Mit anderen Worten:

„Each institutional venue is home to a different image of the same question.“ (Baumgartner und Jones 1993: 31).

Am Beispiel der US-amerikanischen Tabakpolitik soll gezeigt werden, wie ein und dasselbe Issue (Tabak) in den Aufgabenbereich verschiedener *policy venues* fällt. So gilt die Tabakproduktion im Landwirtschaftssektor als wichtige Quelle von Arbeitsplätzen. Im Gesundheitsbereich wird Tabak als Mitverursacher verschiedener Krankheiten gebrandmarkt. Im Aussenhandelsbereich gilt Tabak als wichtiges Importgut. Im Versicherungswesen wiederum wird Tabak als Ursache hoher Versicherungsprämien wahrgenommen (Baumgartner und Jones 1993: 31). Das Beispiel der amerikanischen Tabakpolitik führt auch vor Augen, dass sich je nach *policy venue* ein anderes *policy image* verfestigen kann. Ebenso wie sich im Laufe der Zeit das Image einer Policy verändern kann, kann auch der *policy venue*, in dem eine Policy gemanagt wird, einem Wandel unterliegen. Ergeben sich innerhalb eines bestimmten *policy venue* starke Veränderungen, besteht die Möglichkeit eines Politikwandels. Wo hingegen institutionelle Veränderungen rar sind, zeichnen sich Policies durch ein hohes Mass an Stabilität aus.

„Dramatic changes in policy outcomes are often the result of changes in the institutions that exert control.“ (Baumgartner und Jones 1993: 33).

### 3.2.2.3 Policy Monopoly

*Policy monopolies* können durch zwei wichtige Merkmale charakterisiert werden. Zum einen ist eine klar abgrenzbare institutionelle Struktur für das *Policymaking* verantwortlich, die gleichzeitig den Zugang zum Policyprozess limitiert. Zum anderen vertritt diese institutionelle Struktur die einer bestimmten Politik zugrunde liegenden ideellen Werte. Werden also *policy images* und *policy venues* miteinander verknüpft, dann haben wir es mit einem *policy monopoly* zu tun.

„A policy monopoly has a definable institutional structure responsible for policymaking in an issue area, and its responsibility is supported by some powerful idea or image. This image is generally connected to core political values and can be communicated simply and directly to the public“ (True, Jones et al. 1999: 100).

Die Konstruktion eines positiven Images ist eng verbunden mit der Schaffung und Aufrechterhaltung eines *policy monopolies*, da institutionelle Strukturen geschaffen oder ver-



ändert werden müssen, um in einem bestimmten Politikbereich Fuss zu fassen. Die Zugehörigkeit zu einem *policy monopoly* wird durch zwei Mechanismen geregelt: Erstens schränken formelle und informelle Regeln die Teilnahme von Outsidern ein. Zweitens sollten das Verständnis einer Politik bzw. die vorherrschenden Lösungsstrategien so stark sein, dass sie bei den Nicht-Involvierten entweder Zustimmung oder Gleichgültigkeit hervorrufen. Insofern tragen *policy monopolies* in hohem Masse dazu bei, stabile politische Outputs bzw. Outcomes zu schaffen und dies oft für lange Zeit.

Wenn weder die in einem Politikbereich dominierende institutionelle Struktur noch die der Politik zugrunde liegende Idee unter Bedrängnis sind, dann ist die Wahrscheinlichkeit gross, dass in einem Politikbereich ein hohes Mass an Stabilität vorhanden ist.

### 3.2.3 Negative und positive Feedback-Prozesse

Die *Punctuated Equilibrium Theory* wird immer wieder als Gegenmodell zur Theorie des Inkrementalismus dargestellt. Beim Inkrementalismus handelt es sich um eine politische Entscheidungsstrategie, die nicht radikale, sondern nur begrenzte Veränderungen anvisiert, die mittels schrittweiser Reformen erzielt werden sollen. Typisch für den Inkrementalismus sind nicht nur im Laufe von Reformprozessen beschlossene Korrekturen sowie kurzfristige Ad-hoc-Entscheidungen, sondern auch die Anpassung der Ziele an die vorhandenen Mittel. Mit diesem Mechanismus soll ein Maximum an Sicherheit gewährleistet werden (Nohlen und Schultze 2002). In der Logik des Inkrementalismus orientieren sich also politische Entscheidungen an der aktuellen Situation, Veränderungen sollen nur schrittweise vollzogen werden. Insofern ist eine heute getroffene Entscheidung nur eine Anpassung einer gestern getroffenen, oder bezogen auf den Policyprozess:

„Policy today ( $P_t$ ) is policy yesterday ( $P_{t-1}$ ) plus or minus a random component.“ (Jones und Baumgartner 2005: 3).

Die Mechanismen, die in der Politik zu Stabilität und Inkrementalismus führen, werden von Baumgartner und Jones (2002) als negative Feedback-Prozesse bezeichnet. Solche Prozesse herrschen dann vor, wenn in einem bestimmten Politikbereich ein relativ konstanter Output erzeugt wird. Die in einem spezifischen Politikbereich dominierenden Akteure versuchen, äusseren Druck durch adäquate Gegenmassnahmen auszugleichen und abzufedern, um die aus ihrer Sicht bestehende Gefahr grösserer Veränderungen abzuwenden. In negativen Feedback-Prozessen geht es also darum, einigermaßen stabile politische Verhältnisse zu generieren. Laut Baumgartner und Jones (1993, 2002) sind politische Subsysteme, in denen solche negativen Feedback-Prozesse dominant sind, eher die Regel als die Ausnahme. Als treibende Kräfte, die eher stabile politische Zustände als einen tiefgreifenden Wandel anvisieren, sind *policy monopolies* verantwortlich. In Kapitel 3.2.2.3 wurde aufgezeigt, dass als

Stütze dieser *policy monopolies* Ideen und Institutionen stehen. In Bezug auf negative Feedback-Prozesse ziehen Baumgartner und Jones deshalb folgenden Schluss:

„Institutional structures limit who can participate in the policy debate, and powerful supporting ideas often limit the ways in which the given issue is discussed. Where the institutional venues of decision making are stable, and where a positive policy image supports a given policy, powerful negative feedback processes can operate, creating a strongly homeostatic system that generates stable policy outcomes for decades.“ (Baumgartner und Jones 2002: 12).

Ein wichtiges Element in negativen Feedback-Prozessen ist also das einer bestimmten Politik zugrunde liegende *policy image*. Solange dieses *policy image* einigermaßen stabil bleibt, ist ein tiefgreifender Politikwandel eher unwahrscheinlich.

„As long as the policy image remains stable, it is difficult to justify a radical rethinking of the resulting policy. Policy images, therefore, play an important role in promoting negative feedback processes, as long as they are stable.“ (Baumgartner und Jones 2002: 12).

Als zweites bedeutungsvolles Element in negativen Feedback-Prozessen werden in der *Punctuated Equilibrium Theory* *policy venues* betrachtet. Solange die institutionellen Strukturen, die die Formulierung und Implementierung einer Policy bestimmen, unangestastet bleiben, so lange wird in einem bestimmten Politikbereich Stabilität vorherrschend sein.

„Where institutional structures are clear, then those promoting radical revisions from the status quo can often be dismissed as uninformed, irresponsible, or dangerous. As a result, powerful government institutions operating with autonomy and according to standard operating procedures that limit participation only to those granted authority can be further source of the politics of negative feedback.“ (Baumgartner und Jones 2002: 13).

Im Gegensatz dazu dominieren in positiven Feedback-Prozessen Kräfte, die einen Trend eher verstärken, als ihn ausgleichen. Plötzliche, unerwartete Ereignisse – *focusing events* (Birkland 2004) (z.B. Umweltkatastrophen, Äusserungen bekannter Persönlichkeiten, Medienkampagnen etc.) – lösen unter bestimmten Umständen eine unkontrollierbare Kettenreaktion aus, die den bis anhin geltenden Status Quo gefährden und unter Umständen einen dramatischen Politikwandel herbeiführen können. In positiven Feedback-Prozessen dominieren sprunghafte, unberechenbare Ereignisse den politischen Prozess. Im Gegensatz zu negativen sind positive Feedback-Prozesse explosiver Natur, mit nicht vorhersagbarem Ausgang für einen Politikbereich. Treten solche unerwarteten Ereignisse auf, kann folgendes passieren:

„they may lead not just to a momentary deviation from normal, with a more or less rapid return to the status quo, but rather to new points of stability, as the system settles down at a point radically different from the original.“ (Baumgartner und Jones 1993: 18).

Wenn Baumgartner und Jones versuchen, Politikwandel, der die Merkmale eines positiven Feedback-Prozesses aufweist, zu beschreiben, so benutzen sie oft Ausdrücke wie „*dramatic policy changes*“, „*large-scale policy changes*“ oder „*jarring change*“. Um durch negative Feedback-Prozesse charakterisierte Policyentwicklungen zu bezeichnen, benutzen sie Ausdrücke wie „*marginal policy changes*“ oder „*peaceful incrementalism*“ und meinen damit in erster Linie Adaptionen bestehender Politik im Sinne des Inkrementalismus.

Dass es äussert schwierig, wenn nicht unmöglich ist, den Unterschied zwischen einem dramatischen Politikwandel und einem solchen marginaler Art, konzeptionell genau zu erfassen, ist Baumgartner und Jones durchaus bewusst:

„Much of the debate has centered on ‚how large‘ a policy change would need to be to qualify as ‚nonincremental‘. Any particular policy change in the eye of one beholder can be trivial; in the eye of another, it can be huge. In the absence of an agreed-upon standard, the question of policy change versus continued policy stability is unanswerable.“ (Jones und Baumgartner 2005: 3).

Diese Ausführungen weisen darauf hin, dass tiefgreifender Politikwandel im Sinne der *Punctuated Equilibrium Theory* nicht abschliessend definiert werden kann. Es gibt jedoch gemäss Baumgartner und Jones verschiedene Indikatoren, die auf die unterschiedlichen Ausprägungen von *policy change* hinweisen. Wenn neue Themen auf der politischen Agenda auftauchen, wenn Krisen irgendwelcher Art ein rasches Regierungshandeln erfordern, wenn neue Regierungsprogramme geschaffen und/oder alte beendet werden, deuten diese Entwicklungen darauf hin, dass ein tiefgreifender Politikwandel stattfindet. Aus den in diesem Kapitel gemachten Ausführungen kann zudem gefolgert werden: wenn ein bis anhin dominierendes *policy image* von einem neuen supprimiert wird, wenn ein bis anhin dominierender *policy venue* von einem anderen abgelöst wird, ist die Wahrscheinlichkeit eines tiefgreifenden Politikwandels gross.

Im Gegensatz dazu zeichnen sich marginale Politikänderungen inkrementalistischer Natur dadurch aus, dass Policies „*standard operating procedures*“ folgen, dass bei den Beteiligten weitgehender Konsens herrscht, dass nur eine geringe öffentliche Aufmerksamkeit generiert wird und dass sich die Politik von Jahr zu Jahr nur geringfügig ändert.

Positive Feedback-Prozesse sind nicht nur in der Politik, sondern in den unterschiedlichsten Lebensbereichen vorhanden. Solche Prozesse finden z.B. statt, wenn Menschen bei ihren individuellen Entscheidungen auch diejenigen Dritter berücksichtigen. Baumgartner und Jones (2002: 15) sprechen in diesem Zusammenhang von „*mimicking*“. Wieviele Menschen

bei Rot die Strasse überqueren, hängt auch davon ab, wieviele andere Menschen Anstalten machen, die Strasse verbotenerweise bei Rot zu überqueren. Wieviele Menschen im Gedanken an die Opfer einer Flutkatastrophe im öffentlichen Raum eine Schweigeminute befolgen, ist auch davon abhängig, wieviele andere Menschen sich an die Schweigeminute halten. Diese Beispiele zeigen auf, dass – wenn eine kritische Masse erreicht ist – unter Umständen ein ganzes System kippen kann. Auf die Politik bezogen bedeutet dieser Vorgang: wenn sich einzelne Akteure einem neuen, Erfolg versprechenden Issue zuwenden, können auch andere dazu bewogen werden, sich einem neuen Issue bzw. einer anderen Dimension eines Issues, zuzuwenden. Durch diesen Mechanismus kann in bestimmten Fällen ein positiver Feedback-Prozess eingeleitet werden.

Entscheidungsgegenstände sind oft sehr komplex und beinhalten dermassen viele, relevante Dimensionen, dass es oft schwierig, wenn nicht unmöglich ist, allen Dimensionen dieselbe Aufmerksamkeit zuteil werden zu lassen. Deshalb fokussieren EntscheidungsträgerInnen oft nur auf einige wenige Dimensionen und lassen andere ausser Acht. Es kommt aber vor, dass andere, bisher vernachlässigte Dimensionen eines Issues aus irgendwelchen Gründen an Bedeutung gewinnen und EntscheidungsträgerInnen dadurch gezwungen werden, sich in stärkerem Ausmass damit zu beschäftigen. Baumgartner und Jones (2002: 19) sprechen deshalb von „*attention shifting*“, ein Mechanismus, der am Anfang eines positiven Feedback-Prozesses stehen kann.

„Such reversals are a critical component of the instability that characterizes occasional positive feedback in politics. So long as one’s understanding of a political issue is dominated by one attribute, there is likely to be little change (negative feedback dominates). But when new attributes come to be salient, then more substantial change is possible (positive feedback may emerge). (Baumgartner und Jones 2002: 20).

Positive Feedback-Prozesse sind dadurch gekennzeichnet, dass *policy monopolies* langsam deren unterstützendes *policy image* abhanden kommt. Dies erlaubt oppositionellen Gruppierungen, die bis anhin aus dem *Policymaking* ausgeschlossen waren, ihren Anspruch auf ein Mitsprache- und Mitbestimmungsrecht geltend zu machen. Wenn sich viele Akteure mehr oder weniger zeitgleich einer anderen Policydimension zuwenden, kann ein sich selbst verstärkender Prozess in Gang gesetzt und ein positiver Feedback-Prozess mit einem unvorhersehbaren Ausgang ausgelöst werden.

„The more hostile agencies that become involved, the greater the change in image; the greater the degradation of the image, the more new political leaders and agencies will want to become involved, and the cycle continues.“ (Baumgartner und Jones 2002: 21).

Die Frage, ob diese Feststellung auch im Bereich der schweizerischen Aidspolitik Gültigkeit hat, ist Teil dieser Untersuchung. Rund ein Jahrzehnt lang war Aidspolitik mehr oder

weniger gleichbedeutend mit Aidsprävention. Erst seit Mitte der 90er Jahre stehen wirksame Medikamente zur Verfügung. Hat diese neue Dimension in der Aidspolitik bei den politischen EntscheidungsträgerInnen bereits eine Aufmerksamkeits-Verlagerung bewirkt und evtl. einen positiven Feedback-Prozess ausgelöst?

Wie schon mehrmals gezeigt wurde, sind *policy images* und *policy venues* eng miteinander verknüpft. Wenn *Policymaker* in einem bestimmten Politikbereich Veränderungen bewirken wollen, können sie entweder versuchen, ein vorherrschendes *policy image* oder einen *policy venue* zu ändern. Am meisten Erfolg verspricht die Strategie, ein dominierendes *policy image* und den vorherrschenden *policy venue* gleichzeitig zu bedrängen. Welche Mittel stehen *Policymakern* zur Verfügung, um einen Politikwandel herbeizuführen? Dieser Frage wird im nächsten Kapitel nachgegangen.

### 3.2.4 Agendasetting-Prozesse

Gelangen Issues aus irgendwelchen Gründen auf die makropolitische Agenda, hat diese Entwicklung oft langanhaltende institutionelle Konsequenzen zur Folge. Baumgartner und Jones (1993: 83-102) unterscheiden dabei zwei Arten von Agendazugang, die divergente Wirkungen entfalten. Wenn Issues auf einer Welle der Begeisterung auf die Agenda kommen, wenn Issues also von einer Mehrheit der Bevölkerung mit positiven Bildern assoziiert werden, dann sind die Bedingungen für die Etablierung eines neuen politischen Subsystems ideal. *Policymaker* nutzen die Gunst der Stunde aus, um von RegierungsbeamtInnen beauftragt zu werden, entsprechende Strukturen zu etablieren, Regeln und Abläufe festzulegen sowie die benötigten Ressourcen zur Verfügung zu stellen. In Anbetracht geringer oder gar fehlender politischer Opposition gelingt es *Policymakern* einfach, von den politischen EntscheidungsträgerInnen sowie von der breiten Bevölkerung die Zustimmung zur Etablierung einer neuen Politik zu erhalten. Das Resultat dieser Bemühungen ist ein neues *policy monopoly*. Auch die politischen EntscheidungsträgerInnen können von dieser Situation profitieren. Indem sie ihr politisches Gewicht für die Lösung eines neuen politischen Problems einsetzen, können sie sich gegenüber ihrer Wählerschaft profilieren. Irgendwann verschwindet zwar ein Issue wieder von der Agenda, die zu dessen Bewältigung geschaffenen Institutionen bleiben jedoch bestehen. Das im Zuge eines solchen Typs von Agendasetting etablierte *policy monopoly* beschäftigt sich auch weiterhin mit dem Issue.

Wenn hingegen Issues in einer Atmosphäre der Kritik auf die makropolitische Agenda kommen, ein Issue also von einer Mehrheit der Bevölkerung mit negativen Bildern in Verbindung gebracht wird, sind die Wirkungen dieses Typs von Issue-Ausweitung genau umgekehrt. In einem solchen Fall ist die Gelegenheit ideal, ein bereits bestehendes politisches Subsystem zu schwächen oder gar zu zerstören. Die beiden Typen von Agenda-Zugang entfalten also genau entgegengesetzte Wirkungen:

„High attention and positive tone can lead to the creation of powerful institutions of government given broad jurisdiction over the policy, while high attention and negative tone often lead to subsystem dissolution.“ (Baumgartner und Jones 1993: 100).

Gelangen Issues in einer positiven Grundstimmung auf die makropolitische Agenda, sprechen Baumgartner und Jones von einer *Downs-Mobilisierung*. Diese Bezeichnung verweist auf den amerikanischen Politologen Anthony Downs (1972), der ein zyklisches Modell von Agendasetting entwickelt hat. Downs zufolge ist Agendasetting durch verschiedene Stufen gekennzeichnet. In einer ersten Stufe, die als Vorproblem-Stufe bezeichnet werden kann, ist das öffentliche Problembewusstsein nur schwach ausgeprägt. Auf einer nächsten Stufe (*alarmed discovery and euphoria*) steigt die öffentliche Problemwahrnehmung an. Erreicht ein Issue die dritte Stufe, werden die Mittel bereitgestellt, die zur Lösung eines Problems benötigt werden. Zuletzt beginnt das öffentliche Interesse an einem bestimmten Issue wieder abzunehmen und dieses verschwindet langsam aber sicher wieder von der politischen Agenda.

Baumgartner und Jones teilen die Ansicht von Downs nicht, dass Issues – nachdem sie auf die öffentliche Agenda gekommen sind – schnell wieder aus dem Blickfeld der Öffentlichkeit verschwinden. Die Umweltschutzthematik beispielsweise sei zwar nicht mehr zuoberst auf der politischen Agenda, rangiere aber immer noch höher als in den 70er und 80er Jahren, als das Thema brandaktuell war. Und vor allem habe die Dynamik eines Agendasetting-Prozesses wichtige Konsequenzen für eine bestimmte Policy. Die für die Formulierung und Implementierung politischer Massnahmen verantwortlichen Strukturen würden weiterbestehen, auch wenn ein Thema nicht mehr zuoberst auf der politischen Agenda fungiere;

„public attention to a given issue may fade, but even a short-lived spurt of interest may leave an institutional legacy. Institutions, especially government bureaucracies, do not simply ‚fade away‘ like public interest or media attention. So there may be cycles of public attention, but one important element of ‚alarmed discovery‘ may be the institutionalization of programs meant to deal with the problem.“ (Baumgartner und Jones 1993: 87).

Wenn die Gegnerschaft einer bestimmten Politik versucht, durch Konflikterweiterung einen Politikwandel herbeizuführen, dann sprechen Baumgartner und Jones von einer *Schattschneider-Mobilisierung*, so benannt nach dem amerikanischen Politologen E. E. Schattschneider, der einer der ersten war, der Machtungleichheiten in Agendasetting-Prozessen untersuchte (Schattschneider 1960). Schattschneider argumentiert, dass ein wesentlicher Machtfaktor einer Regierung darin besteht, Konflikte zu bewältigen, bevor sich diese ausweiten können, und den Bereich und das Ausmass von Konflikten abzustecken und einzugrenzen. Diejenigen, die an den Hebeln der politischen Macht sitzen, versuchen also, Konfliktausweitungen zu verhindern; diejenigen, die von der politischen Macht ausgeschlossen

sind, versuchen im Gegensatz dazu, das Ausmass von Konflikten zu erhöhen. Insofern stellt die Herrschaft über Issue-Definitionen eine fundamentale Form politischer Macht dar (vgl. Parsons 1995: 126).

Agendasetting-Prozesse, die dem Muster einer Schattschneider-Mobilisierung folgen, werden nicht mit positiv besetzten Bildern assoziiert. Viel mehr ist in der Issue-Ausweitung eine negative Grundstimmung, die mit Angst, Misstrauen, Beschwerden, Kritik verbunden ist, dominant. Während also ein hohes Mass an öffentlicher Aufmerksamkeit in einem Umfeld positiver Wahrnehmung eine ideale Ausgangslage schafft, um neue *policy monopolies* zu etablieren, passiert in einer Phase hoher Aufmerksamkeit, die mit einer negativen Wahrnehmung verbunden ist, genau das Gegenteil. Bereits bestehende *policy monopolies* können zerschlagen oder zumindest empfindlich geschwächt werden.

Die Importanz von Issue-Ausweitungen und der Art und Weise, wie diese erfolgen, wird von den Begründern der politikwissenschaftlichen *Punctuated Equilibrium Theory* folgendermassen zusammengefasst:

„First, institutions are often the children of agenda access, and the means through which short periods of attention affects outcomes and government policies for decades. Institutions remain after attention dies away, structuring participation in policymaking, making sure that some have privileged access while others are shut out. Second, agenda-setting comes with a tone; enthusiasm and criticism lead to opposite institutional responses. Waves of enthusiasm lead to the creation of governmental institutions and subsystems, but waves of criticism lead to their breakup.“ (Baumgartner und Jones 1993: 84).

### **3.2.4.1 Das Beispiel der amerikanischen Schädlingsbekämpfungsmittelpolitik**

Am Beispiel der amerikanischen Schädlingsbekämpfungsmittelpolitik sollen die voranstehenden Ausführungen veranschaulicht werden. Laut Baumgartner und Jones (1993) nahm zu Beginn des 20. Jahrhunderts die Nachfrage nach Pestiziden in den USA enorm zu, da deren Einsatz die landwirtschaftlichen Erträge massiv zu steigern vermochte. Aufgrund der gesteigerten Nachfrage drängten viele Pestizid-Anbieter in diesen lukrativen Markt. Diese Entwicklung führte zu einer unübersichtlichen Angebotsvielfalt, was die Behörden zwang, einen ersten regulierenden Erlass zu verabschieden (*Insecticide Act*). Mit der Umsetzung dieses Erlasses wurde das im Landwirtschaftsdepartement angesiedelte Büro für Chemie beauftragt. Eine weitere, ebenfalls im Landwirtschaftsdepartement angesiedelte Verwaltungsstelle, die *Food and Drug Administration (FDA)*, kümmerte sich zwar um chemische Rückstände in Nahrungsmitteln und führte entsprechende Studien durch, doch konnte sie sich innerhalb des amerikanischen Landwirtschaftsdepartementes kein Gehör verschaffen und die entsprechenden Studien, die vor chemischen Rückständen in Lebensmitteln warnen, wurden von den Landwirtschaftsfunktionären systematisch übergangen.

Eine neue Generation von Pestiziden (DDT) läutete zu Beginn der 50er Jahre das goldene Zeitalter der Pestizide ein. Die Hoffnungen, die in den Einsatz dieser neuen Pestizidgeneration gelegt wurden, muten aus heutiger Sicht beinahe lächerlich an. Man wollte damit die Produktion von Nahrungsmitteln um ein vielfaches erhöhen, um den Hunger auf dieser Welt auszumerzen. Durch die Bekämpfung lästiger Insekten wie Fliegen oder Moskitos sollten Krankheiten wie die Malaria ausgerottet werden. Diese Beispiele verdeutlichen, dass mit Pestiziden ein äusserst positives Image verbunden war. Vor diesem Hintergrund wurde im Jahre 1947 vom US-Kongress ein zweiter wichtiger Erlass verabschiedet (*Federal Insecticide, Fungicide, and Rodenticide Act*). Darum herum begann sich allmählich ein *policy monopoly* zu bilden, in dem das Landwirtschaftsdepartement, Interessenorganisationen aus dem Landwirtschaftsbereich und der chemischen Industrie und entsprechende parlamentarische Kommissionen vertreten waren. Die durch die FDA wahrgenommenen KonsumentInneninteressen sowie Umweltschutzanliegen blieben von der Teilnahme an diesem *policy monopoly* ausgeschlossen. Wir haben es hier also mit einem typischen Beispiel einer Downs-Mobilisierung zu tun:

„Great popular and official enthusiasm about the potentials of the industry to do good led government officials in Congress and the executive branch to facilitate the growth of the industry. They set up an institutional structure, based in the Agriculture Department, that promoted the industry for decades to come.“ (Baumgartner und Jones 1993: 96)

Da Warnungen vor den schädlichen Nebenwirkungen von Pestiziden aus dem Wind geschlagen wurden, begann sich das Pestizid-*monopoly* langsam aber sicher sein eigenes Grab zu schaufeln. 1957 endeten die Versuche, im Nordosten des Landes eine Mottenart und im Süden die roten Ameisen auszurotten, in einem Desaster. Infolge der grossflächigen Sprühaktion kam es zu einem grossen Fischsterben, immensen Ernteeinbussen und zu weitreichenden Schäden an Flora und Fauna. Zwei Jahre später, 1959, verbot die FDA wegen chemischen Rückständen den Verkauf von Preiselbeeren, was zur Folge hatte, dass eine ganze Jahresernte eingestampft werden musste. Durch diese drei Ereignisse begann sich die Berichterstattung in den Medien, die sich bis anhin beinahe ausschliesslich positiv gegenüber Pestiziden geäussert hatte, radikal zu ändern. Während in den Jahren zuvor Pestizide in der Berichterstattung mehrheitlich in einem positiven Licht dargestellt wurden (zwischen 70 bis 100% positiv), änderte sich dies nach 1960 radikal (nur noch zwischen 10 bis 40% positiv).

Auch der Kongress begann sich plötzlich für Pestizide zu interessieren. In den 1958 abgehaltenen Delaney-Hearings – so benannt nach einem republikanischen Abgeordneten namens James Delaney – lieferten sich VertreterInnen der Landwirtschaft, im Gesundheitsbereich tätige BeamtenInnen sowie VertreterInnen der Nahrungsmittelindustrie einen erbitterten Schlagabtausch. Aus diesen Hearings resultierte zum einen ein *Food Additive Amendment*. Zudem wurde der FDA in Bezug auf die Kontrolle von chemischen Rückständen in Le-



bensmitteln mehr Befugnisse eingeräumt. Für Baumgartner und Jones stellt diese Entwicklung den eigentlichen Beginn einer Schattschneider-Mobilisierung dar:

„From one change in levels of attention, new participants are called into a debate, then their participation leads to changes in the rules, leading to further changes in participation and public understanding of the issue: a pattern of self-reinforcement that we see again and again.“ (Baumgartner und Jones 1993: 97).

In der Tat erwirkten insbesondere Umweltschutzgruppierungen in den 60er und frühen 70er Jahren umfassende Gesetzesänderungen. Im *National Environmental Policy Act* (1969) sowie im *Federal Environmental Pesticides Control Act* (1972) wurde die Schädlingsbekämpfungsmittel regulierende Gesetzgebung im Sinne der Umweltschutzorganisationen angepasst. Obschon das vormals dominierende *policy monopoly* nicht gänzlich aufgelöst wurde, wurde sein Handlungspotenzial doch erheblich eingeschränkt.

#### **3.2.4.2 Die Bedeutung von Medien in Agendasetting-Prozessen**

Sowohl bei der Downs-, wie auch bei der Schattschneider-Mobilisierung spielen Medien eine zentrale Rolle. Weshalb? Die Berichterstattung in den Medien neigt zu Vereinfachungen, komplexe Gegenstände müssen leserfreundlich aufbereitet werden. Der Nachrichtenwert bestimmt, welche Informationen in die Medien gelangen. Berichte über Konflikte, Katastrophen, Unfälle, Verbrechen etc. verkaufen sich besser als solche über gewöhnliche, alltägliche Ereignisse. Deshalb betrachten Baumgartner und Jones die Medien in vielen Fällen als Ursache von Instabilität, da sie in der Lage sind, die öffentliche Wahrnehmung zu beeinflussen (Baumgartner und Jones 1993: 103-125).

Medien können die Aufmerksamkeit von einer Dimension eines Issues auf eine andere, oder von einem Issue auf einen anderen lenken (*attention shifting*). Zudem konzentriert sich die Berichterstattung oftmals nur auf einen Aspekt eines eigentlich vielschichtigeren Problems; andere Aspekte desselben Problems hingegen werden ausgeblendet. Dies hat auch mit der beschränkten Kapazität von Menschen zu tun, Informationen zu verarbeiten. Laut Herbert Simon (1985) verfügt der Mensch zwar über ein ausgeprägtes Langzeitgedächtnis, die Kapazitäten, verschiedene Informationen gleichzeitig zu verarbeiten, seien aber beschränkt. Diese eingeschränkte Problemverarbeitungskapazität finde sich nicht nur auf der individuellen, sondern auch auf der kollektiven Ebene. Deshalb habe es auf der makropolitischen Agenda gleichzeitig nur Platz für einige wenige Issues. Für das *Policymaking* in den unterschiedlichsten Bereichen seien politische Subsysteme verantwortlich, die die parallele Verarbeitung von Issues ermöglichen würden.

Diese Mechanismen führen dazu, dass komplexe Gegenstände in der Medienberichterstattung vereinfacht werden müssen und dass sich die Berichterstattung oftmals nur auf einen

Aspekt eines eigentlich weit komplexeren Issues konzentriert. Wenn die Medien plötzlich auf eine andere Dimension eines Problems umschwenken, kann dadurch ein positiver Feedback-Prozess in Gang gesetzt werden (vgl. Kapitel 3.2.3). Die unterschiedlichsten Gründe sind verantwortlich dafür, weshalb die Berichterstattung in den Medien sich plötzlich auf andere Facetten eines öffentlichen Problems konzentriert. Neue technische Entwicklungen, Unfälle, Naturkatastrophen, Skandale, öffentliche Auftritte von angesehenen Persönlichkeiten etc. sind alles Ereignisse, die oft am Anfang von grundlegenden Änderungen in der Berichterstattung stehen.

„Instead of simultaneous consideration of the positive and negative, there seem to be waves of enthusiasm or apprehension – periods during which issues seem entirely positive to the public and to decision makers, and periods when they are just as entirely negative.“ (Baumgartner und Jones 1993: 125).

Während einer gewissen Zeitspanne ist es möglich, dass die Medien ihre Aufmerksamkeit nur auf einen bestimmten Aspekt eines Issues lenkt und andere Aspekte desselben Issues gleichzeitig ausgeblendet werden. Das heisst nicht, dass andere Aspekte nicht auch existieren würden. Sie werden aber von den Medien schlicht ignoriert. Wenn die Aufmerksamkeit umschwenkt, beginnen sich PolitikerInnen dafür zu interessieren, und auch die Berichterstattung in den Medien nimmt sich diesem neuen Trend an. Ein solcher, sich selbst verstärkender positiver Feedback-Prozess kann zu einem dramatischen Politikwandel führen.

Wieder am Beispiel der amerikanischen Schädlingsbekämpfungsmittelpolitik sollen diese Mechanismen verdeutlicht werden. Baumgartner und Jones liessen die zum Thema Pestizide erschienenen Artikel nach drei Kategorien kodieren (wirtschaftliche und finanzielle Aspekte, Regierungshandeln sowie Gesundheits- und Umweltschutzaspekte) und fanden dabei folgendes heraus: Konzentriert sich die Berichterstattung über Pestizide auf die wirtschaftlichen Aspekte, die damit verbunden sind, so ist der Grundton aus Sicht der chemischen Industrie zu 80% positiv. Wenn sich hingegen die Medien auf Regierungshandeln, das im Zusammenhang mit Pestiziden steht, konzentrieren, so ist der Grundton in den Artikeln aus Sicht der chemischen Industrie zu rund 82% ein negativer. Ebenso verhält es sich, wenn die Medien im Zusammenhang mit Pestiziden gesundheitliche sowie Aspekte des Umweltschutzes in den Vordergrund stellen. In diesem Fall ist der Grundton der Berichterstattung – wiederum aus dem Blickwinkel der chemischen Industrie – zu rund 80% ein negativer.<sup>24</sup>

---

<sup>24</sup> Als Quelle für die Untersuchung der (Print)Medienagenda zogen Baumgartner und Jones den *Readers' Guide to Periodical Literature* sowie den *New York Times Index* heran (vgl. Baumgartner und Jones 1993: 252-268). Der *Readers' Guide* deckt eine grosse Palette von Zeitschriften ab, sowohl solche, die für das breite Publikum bestimmt sind, wie auch Fachzeitschriften. Zeitungen hingegen werden von *Readers' Guide* nicht erfasst. Nähere Angaben zum *New York Times Index* werden nicht geliefert, ausser dass darin offenbar keine Artikelüberschriften, sondern nur kurze Abstracts enthalten sind.

Baumgartner und Jones ziehen aus der Entwicklung in der Medienberichterstattung folgenden Schluss:

„as public attention shifts from one set of issues to another concerning pesticides, chances are strong that the tone of coverage will shift as well.“ (Baumgartner und Jones 1993).

Betrachtet man die Berichterstattung über Pestizide im Laufe der Zeit – in diesem Fall von 1900 bis 1990 – so fällt auf, dass sich der Fokus in den Medien verschoben hat. Zu Beginn des Jahrhunderts bis in die späten 50er Jahre wurden in den Medien beinahe ausschliesslich die ökonomischen Aspekte der Pestizide und die Vorzüge, die damit verbunden waren, thematisiert. Gegen Ende der 50er Jahre begannen die Medien ihre Aufmerksamkeit vermehrt auf die Beeinträchtigung der Gesundheit und der Umwelt, die mit dem Einsatz von Schädlingsbekämpfungsmitteln verbunden waren, zu richten. Mit dieser Aufmerksamkeitsverschiebung wurden auch zunehmend das entsprechende Regierungshandeln thematisiert. Ab den 70er Jahren wurden in den Medien im Zusammenhang mit Pestiziden fast nur noch über die gesundheitlichen Folgen des Gebrauchs dieser Chemikalien berichtet. Diese Ausführungen verdeutlichen, dass sich das Image von Pestiziden im Laufe der Zeit radikal gewandelt hat, eine Entwicklung, die auch bei der Politikausgestaltung nicht ohne Folgen blieb.

„As attention shifted from the good to the bad, government actions were called for. So pesticides went in the media from being an economic good, which the government should of course support through benign neglect, to a major national problem that the government should solve.“ (Baumgartner und Jones 1993: 112f.).

### 3.2.5 Policy monopoly: ein bestimmter Typ eines Policy Netzwerkes?

Die Begründer der politikwissenschaftlichen *Punctuated Equilibrium Theory* weisen darauf hin, dass das Phänomen von *policy monopolies*, die das *Policymaking* eines bestimmten Politikbereiches dominieren, auch von anderen Politikwissenschaftlern beschrieben wird, dass diese jedoch andere Ausdrücke wie beispielsweise *iron triangles*, *policy whirlpools* oder *subsystem politics* dafür verwendet haben (Baumgartner und Jones 1993: 7). Diese Bemerkung sowie die vorgängig beschriebenen Charaktereigenschaften von *policy monopolies* lassen den Schluss zu, dass es sich bei einem *policy monopoly* um einen bestimmten

---

Als Quelle für die Analyse der politischen Agenda wurden Hearings benutzt, die im Kongress abgehalten wurden. Diese werden vom *Congressional Information Service* seit 1789 publiziert. Die Daten sind sowohl in gedruckter Form, wie auch auf CD-ROM verfügbar.

Typen eines Policy Netzwerkes handelt, in dem die Propagierung einer bestimmten Idee bzw. einer bestimmten Lösungsstrategie (*policy image*) von zentraler Bedeutung ist.<sup>25</sup>

In Kapitel 3.2 wurde bereits darauf hingewiesen, dass es einige Schwierigkeiten bietet, einige wichtige Elemente der *Punctuated Equilibrium Theory* abschliessend zu definieren. So kann beispielsweise die Frage, was unter einem tiefgreifenden Politikwandel, der im Rahmen eines positiven Feedback-Prozesses zu erwarten ist, genau verstanden wird, nicht abschliessend geklärt werden. Gewisse Unsicherheiten bestehen auch beim Konzept des *policy venue*, womit insbesondere institutionelle Strukturen, Regeln und Abläufe gemeint sind (vgl. Kapitel 3.2.2.2).

Deshalb wird in dieser Arbeit die *Punctuated Equilibrium Theory* mit dem Policy Netzwerk-Ansatz verknüpft. Davon wird erwartet, dass insbesondere das in der *Punctuated Equilibrium Theorie* so wichtige Element des *policy venue* konzeptionell genauer erfasst werden kann. Ausserdem sind – wie noch aufzuzeigen sein wird – die dem Policy Netzwerk-Ansatz zugrunde liegenden theoretischen Überlegungen sehr nützlich, um daraus ein Analysemodell für die empirische Untersuchung abzuleiten und um damit die Auswahl der untersuchten Fälle zu begründen (vgl. Kapitel 5).

### 3.3 Der Policy Netzwerk-Ansatz

Policy Netzwerke werden als

„in einzelnen Politsektoren bestehende Verhandlungssysteme zwischen staatlichen und privaten Akteuren verstanden, welche durch Institutionen sowie eingeschliffene Verhaltensmuster und Tauschprozesse zwischen den Akteuren einen gewissen Grad an interaktiver und struktureller Stabilität erlangen. Die beteiligten Akteure in einem Netzwerk können Institutionen, Organisationen, Gruppen und Individuen (als Mitglieder von Organisationen) sein, die durch ein gemeinsames Interesse an einem bestimmten Politikinhalt vereinigt werden.“ (Knill 2000: 112).

Der Policy Netzwerk-Ansatz wurde ursprünglich als Alternative zu theoretischen Ansätzen entwickelt, die Interessenvermittlungssysteme zwischen Interessengruppen und Regierungsstellen mit pluralistischen bzw. korporatistischen Konzepten zu erklären versuchten (Marsh und Rhodes 1992; Rhodes 1997; Marsh 1998). In der aktuellen Literatur, die sich mit Policy Netzwerken beschäftigt, werden zwei „Schulen“ bzw. Richtungen unterschied-

---

<sup>25</sup> Diese Einschätzung wird gestützt durch die Tatsache, dass der in der Bekämpfung von HIV und Aids erreichte Erfolg eng mit der Existenz sogenannter *exceptionalist alliances* in Verbindung gebracht wird (Rosenbrock, Dubois-Arber et al. 2000) (vgl. Kapitel 4). Diese aus staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren bestehenden Ausnahme-Koalitionen sind für die Formulierung und Implementierung von aidspräventiven Massnahmen verantwortlich, weisen also einen ausgeprägten Netzwerk-Charakter auf.

den, eine britische, bei der der Aspekt der Interessenvermittlung im Vordergrund steht, sowie eine kontinentaleuropäische, die sich in erster Linie für den Aspekt der Regierungsfähigkeit (*governance*) von Policy Netzwerken interessiert (Börzel 1998; Marsh 1998; Marsh und Smith 2001).

Die britische Schule<sup>26</sup>, bei der der Aspekt der Interessenvermittlung im Zentrum steht, fasst Policy Netzwerke als Beziehungsstrukturen zwischen Regierungsstellen und Interessengruppen auf, in denen Ressourcen ausgetauscht werden. Die voneinander abhängigen Beziehungen zwischen Interessengruppen und Regierungsstellen treten in den unterschiedlichsten Politikbereichen auf. Interessengruppen versuchen durch die Zusammenarbeit mit öffentlichen Stellen, die Politik zu beeinflussen, während die öffentlichen Stellen anstreben, durch die Integration von privaten Akteuren eine bestimmte Politik zu legitimieren bzw. zu implementieren. Die Form und Struktur eines Policy Netzwerkes ist dabei abhängig von der Art und dem Ausmass der wechselseitigen Ressourcenabhängigkeit. Es wird angenommen, dass Netzwerkstrukturen einen Einfluss auf Policy Outputs bzw. Outcomes haben. Zudem wird Politikwandel im Rahmen des Policy Netzwerk-Ansatzes britischer Provenienz in erster Linie mit netzwerk-externen Faktoren erklärt (ökonomische Faktoren, ideologischer Wandel, neue technologische Erkenntnisse, etc.), die einen Einfluss auf die Machtbeziehungen und Ressourcenverteilung innerhalb von Policy Netzwerken haben (Marsh und Rhodes 1992).

Im Gegensatz zur britischen Schule argumentiert die kontinentaleuropäische, dass es sich bei Policy Netzwerken weniger um Interessenvermittlungssysteme handle, sondern dass Policy Netzwerke viel eher eine neue Regierungsform darstellen würden.<sup>27</sup> In der heutigen Welt würden sich die Unterschiede zwischen Staat und Gesellschaft immer mehr auflösen, ein Prozess, der die Etablierung von neuen, netzwerkartigen Regierungsformen begünstigen würde. Diese neue Regierungsform unterscheide sich von den alten, die entweder über Hierarchie oder Marktmechanismen funktioniert hätten. *Network governance* erlaube es der Regierung, politische Ressourcen zu mobilisieren in Situationen, in denen diese Ressourcen zwischen öffentlichen und privaten Akteuren aufgeteilt seien (Börzel 1998).

Beiden Schulen gemeinsam ist die Annahme, dass Policy Netzwerke einen Einfluss auf Policy Outputs bzw. Outcomes haben. Dieser Aspekt kommt in der kontinentaleuropäischen Schule noch besser zum Ausdruck, die ja davon ausgeht, dass ein Policy Netzwerk für die Produktion des Outputs verantwortlich ist. Unterschiede zwischen beiden Richtungen bestehen in Bezug auf die Erklärung von Politikwandel. Steht der Aspekt der Interessenvermittlung im Vordergrund, wird Politikwandel insbesondere mit den Wechselwirkungen von internen und externen Faktoren erklärt, die Auswirkungen auf die Struktur eines

---

<sup>26</sup> (Vgl. etwa Rhodes 1988; Jordan und Schubert 1992; Rhodes und Marsh 1992).

<sup>27</sup> (Vgl. etwa Kenis und Schneider 1991; Marin und Mayntz 1991; Kooiman 1993; Mayntz 1993; Le Galès 1995).

Policy Netzwerkes und dessen Output haben. Im Gegensatz dazu fokussiert die *Governance*-Schule bei der Untersuchung von Politikwandel auf die Dynamik von Netzwerken und auf die Art und Weise, wie kollektives Handeln durch ein gegenseitiges Vertrauensverhältnis aber auch gegenseitiger Abhängigkeit garantiert werden kann. Um einen gemeinsamen Output zu erhalten, können sich die Mitglieder eines *Governance*-Netzwerkes entweder auf gemeinsame Verhandlungen oder auf Problemlösungsstrategien berufen. Insofern stellt sich die Frage, wann welche Variante dominiert, und mit welchem Effekt (Börzel 1998).

### 3.3.1 Die verschiedenen Dimensionen von Policy Netzwerken

Um Policy Netzwerke empirisch fassen und verschiedene Netzwerktypen voneinander abgrenzen zu können, wurden in der Literatur zahlreiche Modelle mit verschiedenen Dimensionen entwickelt. Häufig wird dabei die etwas unübersichtliche und schwierig zu bestimmende Vielzahl von Netzwerktypen auf zwei reduziert: *issue networks* und *policy communities* (Atkinson und Coleman 1992; Marsh und Rhodes 1992; Smith 1993; von Winter 1997). *Issue networks*, worin eine relativ grosse, unübersichtliche Zahl von staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren vertreten sind, stellen die offenste und flexibelste Form eines Policy Netzwerkes dar. *Issue networks* zeichnen sich durch fließende Grenzen im Hinblick auf ihre Umwelt aus, was eine beständige Fluktuation des Akteurkreises zur Folge hat.

Im Gegensatz zu *issue networks* weisen *policy communities* deutlichere Konturen auf und die Anzahl beteiligter Akteure lässt sich eindeutig bestimmen. *Policy communities* zeichnen sich aus durch

„stable relationships, restrictive membership, vertical interdependence and insulation from other networks and institutions.“ (Rhodes (1988), zit. in Atkinson und Coleman 1992: 158).

Die Hauptfunktion einer *policy community* besteht darin, die Produktion und Implementation materieller Politik zu gewährleisten (Marin und Mayntz 1991: 16). Die Struktur einer *policy community* ist dabei hauptsächlich abhängig von der Intensität der Kommunikationsbeziehungen sowie von der Distribution von Kontrollressourcen (von Winter 1997: 345). Um *issue networks* von *policy communities* unterscheiden zu können, entwickelten Marsh und Rhodes (1992) ein Analyseraster, das die vier Hauptdimensionen Mitgliedschaft, Integration, Ressourcen sowie Machtverteilung mit verschiedenen dazugehörigen Variablen enthält.<sup>28</sup>

---

<sup>28</sup> In der ersten Dimension (*Mitgliedschaft*) geht es um die Anzahl Akteure, die in einem Netzwerk vertreten sind sowie um die Art der Interessen, die diese vertreten. Die zweite Dimension (*Integration*) wird mit folgenden Variablen gemessen: Häufigkeit bzw. Qualität der Interaktionen zwischen den Akteuren, die in einem Netzwerk vertreten sind; Kontinuität, das heisst Stabilität vs. häufige Wechsel der Netzwerkakteure sowie Konsens (über geteilte Werte und die adäquate Strategie, um bestimmte Ziele zu erreichen). In der

### 3.3.1.1 Die Typologie von van Waarden

Ein einflussreicher Versuch, unterschiedliche Netzwerktypen anhand verschiedener Dimensionen zu bestimmen, stammt von van Waarden (1992). Er unterscheidet bei seinem Unterfangen, Policy Netzwerke zu determinieren, nicht weniger als sieben Dimensionen (Akteure, Funktion, Struktur, Institutionalisierung, Verhaltensregeln, Machtverteilung sowie akteurspezifische Strategien), die ihm dazu dienen, zwischen sieben verschiedenen Netzwerktypen zu differenzieren (*Statism/Pantouflage*, *Captured statism*, *Clientelism*, *Pressure pluralism*, *Sectoral corporatism*, *Macro corporatism*, *State corporatism*, *Sponsored pluralism*, *Parental relations*, *Iron triangles*, *Issue networks*). Im Folgenden werden diese sieben Hauptdimensionen mit ihren verschiedenen Subdimensionen näher erläutert.

Die erste Dimension ‚Akteure‘ beinhaltet zwei Subdimensionen: die Anzahl Akteure, die in einem Policy Netzwerk vertreten sind sowie den Akteurstyp. Die Anzahl der in einem Policy Netzwerk vertretenen Akteure verweist auf die Grösse des Netzwerkes. Die Beschaffenheit eines Netzwerkes wird zudem von den Akteurstypen bzw. von der Art der Interessen, die diese vertreten, bestimmt. Um als Policy Netzwerk charakterisiert zu werden, müssen staatliche Stellen sowie Organisationen aus dem zivilrechtlichen Bereich (Interessenorganisationen, politische Parteien, Organisationen aus dem Wissenschaftsbereich etc.) vertreten sein.

Die von einem Policy Netzwerk wahrgenommene *Funktion* ist abhängig von den Bedürfnissen, Absichten, Strategien und Ressourcen der Akteure, die in einem Netzwerk vertreten sind. Van Waarden (1992: 33) unterscheidet dabei fünf wichtige Funktionen von Policy Netzwerken: Zugang verschaffen zu Entscheidungsprozessen; Informationsbeschaffung und -austausch; Ressourcenaustausch und -mobilisierung; Koordination sowie Kooperation in Belangen der Politikformulierung, -implementierung und -legitimierung.

Die *Struktur* von Policy Netzwerken ist abhängig von den Beziehungsmustern zwischen den Akteuren. Die Netzwerkstruktur kann mit Hilfe verschiedener Variablen bestimmt werden, die in einer Wechselbeziehung zueinander stehen. Die Grösse eines Netzwerkes etwa wird von der Anzahl involvierter Akteure bestimmt. Die Grenzen eines Netzwerkes sind entweder offen und fließend oder aber geschlossen und monopolistisch. Die Teilnah-

---

dritten Dimension (*Ressourcen*) geht es um die finanziellen und personellen Mittel, die einem Policy-Netzwerk als Ganzes und den einzelnen Netzwerkakteuren zur Verfügung stehen. In der vierten Dimension (*Machtverteilung*) ist die Frage zentral, wie nah oder fern die einzelnen Akteure vom netzwerkinternen Entscheidungszentrum positioniert sind. Zusätzlich geht es bei dieser Dimension um die Frage, wer die Spielregeln festlegt, wer über die Aufnahme bzw. den Ausschluss von Netzwerkakteuren bestimmt und wer die politischen Inhalte formuliert und damit über die Definitionsmacht über eine bestimmte Policy verfügt.

me an einem Policy Netzwerk erfolgt entweder auf freiwilliger Basis oder aber erzwungenermassen. Die Struktur eines Netzwerkes ist zudem abhängig von der Intensität bzw. der Qualität der Interaktionen zwischen den einzelnen Akteuren. Weiter ist die Struktur abhängig von den Beziehungsmustern (konfliktuell, konsensuell) sowie der Stabilität eines Netzwerkes.

Die vierte Dimension ‚*Institutionalisierung*‘ gehört eigentlich zur strukturellen Dimension eines Policy Netzwerkes, wird jedoch von van Waarden aufgrund deren Wichtigkeit als eigenständige Dimension behandelt. Der Institutionalisierungsgrad eines Policy Netzwerkes bezieht sich auf dessen formalen Charakter und verweist damit auf die Stabilität bzw. Instabilität eines Policy Netzwerkes. Somit ist der Institutionalisierungsgrad abhängig von den strukturellen Merkmalen eines Netzwerkes.

Damit ein Policy Netzwerk überhaupt funktionieren kann, sind gewisse Verhaltensregeln notwendig, an die sich die einzelnen Netzwerkakteure zu halten haben. Van Waarden (1992: 35f.) spricht in diesem Zusammenhang von „*conventions of interaction*“ und „*rules of the game*“, welche die innerhalb eines Policy Netzwerkes stattfindenden Abläufe determinieren. Insbesondere Netzwerke mit einem hohen Institutionalisierungsgrad sind in der Lage, eine eigene Netzwerk-Kultur zu etablieren, ähnlich wie das auch Organisationen tun.<sup>29</sup>

Bei der sechsten Dimension geht es um die innerhalb eines Policy Netzwerkes vorherrschenden Machtbeziehungen zwischen den einzelnen Netzwerkakteuren. In Abhängigkeit davon, wie die Macht zwischen öffentlichen und privaten Akteuren verteilt ist, können vier Typen von Machtbeziehungen unterschieden werden: Kolonisation von staatlichen Stellen durch die Wirtschaft; Autonomie staatlicher Stellen gegenüber Interessenorganisationen; Instrumentalisierung privater Organisationen durch den Staat; eine symbiotische Beziehung und ein relatives Machtgleichgewicht zwischen öffentlichen und privaten Akteuren, geprägt durch intensive Beziehungsmuster.

In der siebten und letzten Dimension schliesslich geht es um die *akteurspezifischen Strategien* innerhalb von Policy Netzwerken. Akteure schaffen und/oder nutzen Netzwerke, um ihre Bedürfnisse und Interessen zu befriedigen oder um ihre spezifischen Ziele zu erreichen. Dabei entwickeln sie Strategien, um ihre gegenseitige Abhängigkeit zu regeln. Strategie wiederum hat oft mit Sturkturbildung zu tun. Die öffentliche Verwaltung versucht, Probleme der öffentlichen Hand zu lösen, indem bereits bestehende Strukturen modifiziert oder indem neue Strukturen geschaffen werden. Aus staatlicher Sicht sind folgende Strategieoptionen vorhanden: zugänglich sein für private Interessen; Anerkennung bestimmter Interessenorganisationen und Gewährleistung von privilegiertem oder sogar exklusivem

---

<sup>29</sup> Die verschiedenen Subdimensionen sind in Tabelle 1 aufgeführt.



Zugang; aktive Unterstützung spezifischer Interessenorganisationen; Schaffung oder Umstrukturierung von Interessenorganisationen; Delegation staatlicher Aufgaben; Bemühungen, bestehende Interessenorganisationen zu zerstören.

Eine Dimension, die bei der Analyse von Policy Netzwerken ebenfalls von zentraler Bedeutung ist, gerät bei van Waarden zu Unrecht etwas in Vergessenheit: diejenige der Ressourcen, über die ein Netzwerk verfügt (vgl. Rhodes und Marsh 1992). Bei dieser Dimension geht es einerseits um die Frage, über wieviele finanzielle oder personelle Ressourcen ein Policy Netzwerk als Ganzes verfügt. Andererseits interessiert auch die Frage, wie die zur Verfügung stehenden Ressourcen zwischen den einzelnen Akteuren verteilt sind. Die Höhe der einem Netzwerk insgesamt zur Verfügung stehenden Ressourcen lässt Rückschlüsse auf dessen Handlungspotenzial und Schlagkraft zu.

Werden die sieben von van Waarden aufgezeigten Netzwerkdimensionen mit derjenigen der Ressourcen ergänzt, ergeben sich folgende zur Determinierung von Policy Netzwerken verwendbare Dimensionen:

**Tabelle 1: Dimensionen von Policy-Netzwerken**

Hauptdimensionen	Subdimensionen
<i>Actors</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- number;</li> <li>- type.</li> </ul>
<i>Function</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- channeling access to decisionmaking processes;</li> <li>- consultation, or exchange of information;</li> <li>- negotiation;</li> <li>- coordination;</li> <li>- cooperation in policy formation, implementation and legitimation.</li> </ul>
<i>Structure</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- boundaries (open and fluent or closed and monopolistic);</li> <li>- type of membership (voluntary or compulsory);</li> <li>- pattern of linkages (chaotic or ordered);</li> <li>- intensity or strenght of the relation;</li> <li>- density or multiplexity;</li> <li>- symmetry or reciprocity;</li> <li>- centrality;</li> <li>- nature of relations (conflictual, competitive or cooperative);</li> <li>- stability.</li> </ul>
<i>Institutionalization</i>	
<i>Conventions of interaction</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- adversarialism/consensus-search;</li> <li>- idea of serving public interests?</li> <li>- formal or informal contacts;</li> <li>- secrecy or openness;</li> <li>- politicization or mutual understanding to depoliticize issues;</li> <li>- rational pragmatism or ideological disutes.</li> </ul>
<i>Power relations</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- autonomy of state re society;</li> <li>- state dominant;</li> <li>- societal interests dominant (capture);</li> <li>- balance, symbiosis.</li> </ul>
<i>Strategies of public administration</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- being accessible;</li> <li>- recognition of interest groups;</li> <li>- active support of interest associations;</li> <li>- creation/changing interest associations;</li> <li>- delegation of state authority;</li> <li>- attempts at destroying interest associations.</li> </ul>
<i>Resources</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- distribution of resources within network;</li> <li>- distribution of resources within participating organisations.</li> </ul>

Quelle: van Waarden (1992) und Marsh und Rhodes (1992: 187).

### 3.3.2 Politikwandel im Rahmen des Policy Netzwerk-Ansatzes

Im Rahmen des Policy Netzwerk-Ansatzes werden als Erklärung für Politikwandel sowohl netzwerkinterne wie auch –externe Faktoren herangezogen. Externe Faktoren können ökonomischer, sozialer oder politischer Art sein (Atkinson und Coleman 1992; Smith 1993; Hassenteufel 1995). Clivaz (2001) unterteilt die externen Faktoren (*contraintes externes*) in zwei Variablentypen: Struktur- sowie Situationsvariablen, wobei sich gemäss Clivaz Strukturvariablen kurz- und mittelfristig kaum verändern.<sup>30</sup>

Viel wichtiger bei den externen Faktoren, die für die Erklärung von Politikwandel herangezogen werden, sind die Situationsvariablen. Gemäss Clivaz zählen dazu die sozio-ökonomischen Rahmenbedingungen, die politischen Macht- und Mehrheitsverhältnisse, Entscheidungs- und Implementationsprozesse in anderen Politikbereichen oder Ereignisse, die einen grossen Einfluss auf die öffentliche Meinung ausüben (Clivaz 2001). Bezogen auf die Aidspolitik ist zu vermuten, dass die im Aidsbereich eingetretene Normalisierung einen wichtigen externen Faktor darstellt, der Auswirkungen auf die Aidspräventions-Netzwerke und deren Output hat. Ebenfalls als externer Faktor zu betrachten ist die anhaltende Finanzkrise und der damit einhergehende Spardruck der öffentlichen Hand. Nicht nur der Bund, sondern auch viele Kantone und Gemeinden sahen sich in den letzten Jahren dazu veranlasst, Sparpakete zu schnüren. Von Sparmassnahmen der öffentlichen Hand dürfte auch die Aidsprävention betroffen sein.

Im Rahmen des Netzwerkansatzes wird *policy change* auch mit internen Faktoren erklärt. In verschiedenen Studien wurde nachgewiesen, dass es einen Zusammenhang zwischen der Form eines Netzwerkes und der Ausgestaltung der Politik in einem bestimmten Politikfeld gibt (Atkinson und Coleman 1992; Hassenteufel 1995). Demzufolge kann davon ausgegangen werden, dass netzwerkinterne strukturelle Veränderungen Auswirkungen auf den Output haben.

Umstrukturierungsprozesse können zum Beispiel die interne Dynamik des kollektiven Handelns beeinflussen und sich negativ auf das Handlungspotenzial von Policy Netzwerken auswirken. So konnte beispielsweise Schlager (1995) aufzeigen, dass das Handlungspotenzial einer Akteurkoalition massgeblich dadurch bestimmt wird, inwieweit es gelingt, im Zusammenhang mit kollektivem Handeln auftretende Probleme zu überwinden. Das Handlungspotenzial eines Policy Netzwerkes wird gestärkt, wenn die einzelnen Akteure den Eindruck haben, von den anderen Netzwerk-Mitgliedern fair behandelt zu werden und wenn sie für ihre Anstrengungen für die „gemeinsame Sache“ angemessen honoriert werden. Wenn Umstrukturierungsprozesse mit einer Änderung der Finanzierungsstrategie ein-

---

<sup>30</sup> Als Beispiel für diesen Variablentyp zählt er auf: „*la distribution des ressources naturelles, la structure de la propriété ou les règles constitutionnelles.*“ (Clivaz 2001: 76).

hergehen – indem zum Beispiel die Community-Mitglieder in eine Wettbewerbssituation gezwungen werden, um an öffentliche Gelder zu kommen – steigt das Risiko des „Free-riding“, was eine Schwächung des Handlungspotenzials zur Folge haben kann. Kübler, Neuenschwander et al. (2002) haben aufgezeigt, dass staatliche Bemühungen, den Kreis der in der Aidspolitik involvierten Akteure auszuweiten auf andere im Gesundheitsbereich tätige Institutionen, zu einer Verunsicherung und teilweise sogar existenziellen Bedrohung von vormals etablierten Akteuren nicht nur auf nationaler, sondern vor allem auch auf kantonaler Ebene, führen können.

Häufig tritt netzwerkinterner Wandel bei Zielkonflikten auf, wenn die handlungsleitenden Grundüberzeugungen von den Netzwerkakteuren oder einem Teil davon aus irgendwelchen Gründen in Frage gestellt werden (Atkinson und Coleman 1992). Eine andere Argumentation zielt auf sogenannte „*boundary shifts*“ (Atkinson und Coleman 1992), Grenzverschiebungen innerhalb eines Netzwerkes. Einzelne Akteure befinden sich näher am Entscheidungszentrum, andere eher am Rand eines spezifischen Netzwerkes. Im Laufe der Zeit kann es vorkommen, dass einzelne Akteure vom Zentrum an den Rand rücken und umgekehrt. Dabei stellt sich die Frage, welche Akteure von solchen Umschichtungen betroffen werden und weshalb? Häufig sind für solche Umlagerungsprozesse in erster Linie staatliche Stellen verantwortlich, da sie in den meisten Policy Netzwerken als die dominierenden Akteure gelten:

„it is government which creates the network and the rules of the game“ (Rhodes 1988: 82). Und Smith meint, „political actors force changes by giving access to new groups or by establishing new decision-making centres.“ (Smith 1993: 97).

Versuche seitens der staatlichen Behörden, etablierte *policy communities* zu ändern, bergen also ein hohes politisches Risikopotenzial und häufig sind die politischen Akteure zu wenig gut vorbereitet, die dadurch entstehenden politischen Kosten zu tragen (Smith 1993; Kübler, Neuenschwander et al. 2002).

### **3.4 Policy venues im Lichte des Policy Netzwerk-Ansatzes**

Die Kombination der *Punctuated Equilibrium Theory* mit dem Policy Netzwerk-Ansatz erzeugt in zweierlei Hinsicht einen Mehrwert. Einerseits trägt die Verwendung des Policy Netzwerk-Ansatzes dazu bei, insbesondere das Konzept des *policy venue* genauer zu definieren. Andererseits leistet der Policy Netzwerk-Ansatz auch gute Dienste, um die Vorgehensweise bei der empirischen Untersuchung besser zu strukturieren.

In Kapitel 3.2.2.2 wurde aufgezeigt, dass mit dem im Rahmen der *Punctuated Equilibrium Theory* entwickelten Konzept von *policy venues* auf die Wichtigkeit institutioneller Struktu-

ren in Policyprozessen verwiesen wird. Darin werden die rechtlichen Rahmenbedingungen, die Spielregeln und Abläufe bestimmt, an die sich die in einem *policy monopoly* vertretenen Akteure zu halten haben. Institutionelle Strukturen dienen gleichzeitig dazu, Akteuren, die andere Lösungsstrategien bevorzugen und die andere Grundüberzeugungen vertreten, den Zugang zum *Policymaking* zu verwehren. Um die in einem *policy monopoly* bestehenden internen Spielregeln und Abläufe zu überwachen und um ein dominierendes *policy monopoly* gegenüber Einflussversuchen oppositioneller Akteure zu schützen, sind entsprechende Vorkehrungen zu treffen und die notwendigen Strukturen zu etablieren.

Greift man auf das im Rahmen des Policy Netzwerk-Ansatzes entwickelte Vokabular zurück, kann das Konzept von *policy venues* weiter präzisiert werden. Die Netzwerkdimension ‚Akteure‘ beispielsweise dient ganz einfach zur Bestimmung der in einem *policy monopoly* vertretenen öffentlichen und privaten Akteure und deren Interessen. Diese Dimension gibt also Aufschluss über die Anzahl der in einem Policy Netzwerk vertretenen Akteure und damit über dessen Grösse. Die Strukturdimension verweist auf die strukturellen Besonderheiten eines *policy monopoly* und stellt damit ebenfalls einen Bestandteil des *policy venue* dar. Dieser Dimension können beispielsweise die in einem *policy monopoly* vorhandenen Beziehungsmuster zugeordnet werden. Wie erwähnt, beinhaltet das Konzept des *policy venue* neben einer rein strukturbezogenen auch eine regulatorische Dimension, die Bezug nimmt auf die rechtlichen Rahmenbedingungen und die Regeln, die innerhalb eines *policy monopoly* gelten. Diesem Aspekt von *policy venues* wird insbesondere mit der Netzwerkdimension ‚Verhaltensregeln‘ Rechnung getragen.

Um in einem bestimmten Politikbereich die für das *Policymaking* erforderlichen Strukturen zu etablieren bzw. aufrechtzuerhalten und die Einhaltung rechtlicher Rahmenbedingungen sowie anderer Verhaltensregeln zu kontrollieren, ist ein *policy monopoly* auf Ressourcen finanzieller und personeller Art angewiesen. Insofern verweist auch die Netzwerkdimension ‚Ressourcen‘ auf einen Aspekt des *policy venue*. Baumgartner und Jones (1993) machen auf die Wichtigkeit dieser Dimension im Zuge ihrer Analyse der amerikanischen Drogenpolitik aufmerksam. Demnach stellt das Ausmass der von der öffentlichen Hand für einen bestimmten Politikbereich bereitgestellten Ressourcen einen wichtigen Indikator für Entwicklungen in einem Politikbereich dar.

„The changes in relative emphasis on treatment versus enforcement [...] are reflected in federal budgets. In addition, total levels of attention translate almost directly into dollars and budget requests.“  
(Baumgartner und Jones 1993: 160).

Die an dieser Stelle nicht näher erläuterten Netzwerkdimensionen sind für die Präzisierung des *policy venue*-Konzeptes nicht speziell geeignet. So besteht etwa die Funktion eines *policy monopoly* per definitionem darin, die Formulierung und Implementierung von Politik wahrzunehmen. Ein hoher Institutionalisierungsgrad bildet die Voraussetzung für die Er-

füllung dieser Funktion. In *policy monopolies* vertretene staatliche Stellen werden versuchen, mit nicht-staatlichen Organisationen, die dieselben Grundüberzeugungen vertreten und dieselben Ziele verfolgen, möglichst eng zusammenzuarbeiten. Welche Machtbeziehungen dabei dominieren, wird je nach Politikbereich sehr unterschiedlich sein.

Wie die Ausführungen in den Kapiteln 3.2 und 3.3 gezeigt haben, gehen sowohl die *Punctuated Equilibrium Theory* wie auch der Policy Netzwerk-Ansatz davon aus, dass, wenn im Bereich der genannten Netzwerkdimensionen grössere Veränderungen zu beobachten sind, diese Entwicklung als Indikator für einen grösseren Politikwandel interpretiert werden kann, was Rückschlüsse auf einen allfälligen positiven Feedback-Prozess zulassen würde. Sind jedoch bei diesen Dimensionen keine wesentlichen Veränderungen feststellbar, erweist sich also der einen bestimmten Politikbereich dominierender *policy venue* als einigermaßen stabil, weist diese Tatsache auf einen negativen Feedback-Prozess hin.

## 4 Die HIV/Aids-Politik bis 1995

In Kapitel 2.2 wurde bereits darauf hingewiesen, dass die HIV/Aids-Epidemie in der westlichen Welt in eine neue Phase getreten ist (Moatti, Souteyrand et al. 2000). Der Grund hierfür liegt darin, dass im Laufe der 90er Jahre die HIV-Ansteckungsraten in den Ländern des Westens mittels effektiver Präventionsmassnahmen einigermassen stabilisiert werden konnten. Verstärkt wird dieser positive Trend im Kampf gegen die weitere Ausbreitung von Aids durch die Entwicklung wirksamer Medikamente, die zwar Aids nach wie vor nicht heilbar machen, aber das Leben vieler von HIV und Aids betroffener Menschen wesentlich zu erleichtern vermögen. Diese beiden Trends werden in der sozialwissenschaftlichen Literatur als ‚Normalisierung‘ bezeichnet.

Worauf beruht der im Aidsbereich eingetretene Erfolg? Welche Faktoren haben die Formulierung und Umsetzung entsprechender Massnahmen begünstigt bzw. verhindert? Antworten auf diese Fragen liefern zahlreiche Studien, die verschiedene Bereiche der Aidspolitik mit einem international (bzw. europäisch) vergleichenden Ansatz untersucht haben (Setbon 1993; Cattacin und Panchaud 1995; Steffen 1996; Steffen 2000b; Steffen 2000a; Albaek 2001; Bovens, 't Hart et al. 2001; Steffen 2001).

Wegweisend in diesem Zusammenhang sind die Resultate von Rosenbrock, Dubois-Arber et al. (2000), die zum Schluss kommen, dass der Erfolg der ergriffenen HIV/Aids-spezifischen Massnahmen vor allem auf die Existenz sogenannter „*exceptionalist alliances*“ (Rosenbrock, Dubois-Arber et al. 2000: 1609ff.) zurückzuführen ist. RepräsentantInnen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich, Vertreter von Homosexuellenorganisationen sowie PolitikerInnen vorwiegend aus links-liberalen Kreisen setzten sich angesichts der von der Aids-epidemie ausgehenden Gefahr dafür ein, bestehende Regeln, Routinen und Ansätze zu überdenken und neue, innovative Lösungsstrategien zu suchen. Dabei orientierten sie sich an einem umfassenden Gesundheitsbegriff und an den Prinzipien des *New Public Health* (vgl. Kapitel 4.1). In der Folge konnten diese frühen Aidsaktivisten grosse Erfolge verbuchen und es gelang ihnen, EntscheidungsträgerInnen auf nationaler und kantonaler Ebene von diesem neuen, innovativen Ansatz zu überzeugen. So entstanden *policy monopolies*, die in die Lage versetzt wurden, die Aidspolitik zu dominieren. Begünstigt wurde diese Entwicklung von der anfänglichen Machtlosigkeit der klinischen Medizin, die der Innovationsfähigkeit der *New Public Health*-Massnahmen nichts Ebenbürtiges entgegenzusetzen hatte.

Gemäss Rosenbrock, Schaeffer et al. (2002: 19-26) umfasst das Policy-Modell des *exceptionalism* die folgenden fünf Bereiche:

- *Politikformulierungsprozess*: Die Grundfragen der Aidsstrategie werden in einem demokratisch-partizipativen Verfahren diskutiert. Die Problemdefinition wurde zwischen NGOs, Regierungen und den betroffenen Gesundheitsberufen in einem offenen Verhandlungssystem ausgehandelt.
- *Akteurskonstellation in Prozessen der Politikformulierung und –implementation*: Der Kreis der beteiligten Akteure sowie die Machtverteilung zwischen den Akteuren wies im Vergleich zum Management anderer Gesundheitsrisiken grosse Unterschiede auf. Da zu Beginn der Epidemie keine wirksamen Therapien verfügbar waren, war die Rolle der klinischen Medizin stark geschwächt. Die Schwulenbewegung, aber auch Bürgerrechtsbewegungen, nahmen zu Beginn eine zentrale Position ein.
- *Politikformulierung und Implementation der Primärprävention*: Aufgrund fehlender Alternativen wurde ein neues Präventionskonzept entwickelt und umgesetzt. Eine Verhaltensänderung sollte nicht durch Zwang, sondern durch über die verschiedensten Kommunikationskanäle verbreitete Aufklärungs- und Erziehungsbotschaften erreicht werden.
- *Politikformulierung und Implementation in der Krankenversorgung*: In der Krankenversorgung wurden strukturelle Veränderungen durchgesetzt, die zu Beginn angesichts der hohen Sterbewahrscheinlichkeit auf eine Verbesserung der Lebensqualität von Aidskranken zielten und insofern die Patientenorientierung als zentrales Handlungsmotiv erachteten.
- *Screening-Politik und Risikowahrnehmung*: Ab 1984 stand mit dem HIV-Antikörpertest ein Instrument zur Feststellung des Serostatus zur Verfügung. Aus den verschiedensten Gründen entschied man sich aber gegen Massenscreenings und plädierte für eine Testzurückhaltung bis hin zur Testentmutigung.

In der Terminologie der *Punctuated Equilibrium Theory* handelt es sich bei den von den dominierenden *policy monopolies* vertretenen und in den meisten europäischen Ländern angewandten Lösungsansätzen, die sich an den Prinzipien von *New Public Health* orientieren, um das *policy image*. Dieses handlungsleitende Prinzip soll im nächsten Kapitel genauer analysiert werden.

#### **4.1 Das dominierende policy image westlicher Aidspolitiken**

Das Auftauchen von Aids Mitte der 80er Jahre hat in der westlichen Welt im Gesundheitsbereich ein „*window of opportunities*“ (Kingdon 1984) aufgestossen, das die Entwicklung neuer politischer Ansätze und Projekte begünstigt hat. Der neue Ansatz in der öffentlichen Gesundheitspolitik, dem durch diese Ausnahmesituation zum Durchbruch verholfen wurde, wird als *New Public Health*-Ansatz bezeichnet.



Die Prinzipien von *New Public Health* wurden 1986 in Ottawa anlässlich der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in einer Charta festgeschrieben.<sup>31</sup> In der Ottawa-Charta wird Gesundheitsförderung als Prozess verstanden, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um das Ziel eines umfassenden körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens zu erreichen, spricht die Charta von der Notwendigkeit, dass sowohl der oder die Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. Als grundlegende Voraussetzung für die Gesundheit werden folgende Aspekte betrachtet: Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, angemessenes Einkommen, ein stabiles Ökosystem, eine nachhaltige Verwendung von Ressourcen sowie soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit.

Die Charta geht davon aus, dass ein guter Gesundheitszustand eine wesentliche Bedingung für die soziale, ökonomische und persönliche Entwicklung und ein entscheidender Bestandteil der Lebensqualität darstellt. Gesundheitsförderndes Handeln soll sich darum bemühen, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr grösstmögliches Gesundheitspotenzial zu verwirklichen. Um dieses Ziel zu erreichen, ist die Beteiligung und Vernetzung verschiedenster Akteure erforderlich. Ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nichtstaatlichen Organisationen, in lokalen Institutionen, in der Industrie und in den Medien wird für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung als unabdingbar betrachtet.

Gemäss Ottawa-Charta erfordert ein aktives, gesundheitsförderndes Handeln verschiedene Massnahmen:

- *Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik:* Politische EntscheidungsträgerInnen sollen die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Entscheidungen und ihre Verantwortung für die Gesundheit in Erwägung ziehen. Eine Politik der Gesundheitsförderung sollte Hindernisse identifizieren, die einer gesundheitsgerechten Gestaltung politischer Entscheidungen und Programme entgegenstehen.
- *Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten:* Die sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben einen entscheidenden Einfluss auf die Gesundheit. Deshalb sollte die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit darstellen.

---

<sup>31</sup> Vgl. für die folgenden Ausführungen [www.who.org](http://www.who.org).

- *Unterstützung gesundheitsfördernder Gemeinschaftsaktionen:* Gesundheitsförderung soll im Rahmen konkreter und wirksamer Aktivitäten von BürgerInnen in deren Gemeinde realisiert werden. Deshalb ist die Unterstützung von Nachbarschaften und Gemeinden im Sinne einer vermehrten Selbstbestimmung ein zentraler Angelpunkt der Gesundheitsförderung.
- *Entwicklung persönlicher Kompetenzen:* durch Massnahmen der Gesundheitsförderung soll die Entwicklung einer starken Persönlichkeit und sozialer Fähigkeiten unterstützt werden. Dieses Ziel soll durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie durch die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten erreicht werden. Dem Menschen soll geholfen werden, ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt positiv zu beeinflussen.
- *Neuausrichtung der Gesundheitsdienste:* vom Gesundheitswesen wird verlangt, ein Versorgungssystem zu entwickeln, das auf eine verstärkte Gesundheitsförderung ausgerichtet ist und das über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinausgeht. Dabei sollen die unterschiedlichen kulturellen Bedürfnisse sowie die Wünsche von Individuen und sozialen Gruppen nach Möglichkeit berücksichtigt werden.

Die Ideen, die hinter dem in der Ottawa-Charta formulierten Konzept von *New Public Health* stehen, werden verständlicher, wenn sie mit demjenigen von *Old Public Health* verglichen werden. Gemäss Rosenbrock (2002: 113) kann der Unterschied zwischen den beiden Ansätzen folgendermassen festgemacht werden: Beim *Old Public Health*-Ansatz geht es in erster Linie um *control and containment*. Insofern ist folgende Leitfrage zentral: Wie können möglichst schnell möglichst viele Infektionsquellen ermittelt und wie können diese still gelegt werden? Zu den Konzepten von *Old Public Health* gehören vor allem Zwangsuntersuchungen, strenge Verhaltensaufgaben, rigide Eingriffe in Bürgerrechte einschliesslich massiver Einbrüche in die Privatsphäre sowie Quarantäne und Therapiezwang. Im Gegensatz dazu ist bei *New Public Health*, die sich stark an sozialwissenschaftlichen Konzepten orientiert, *inclusion and cooperation* zentral. Dabei steht folgende Frage im Vordergrund: Wie organisieren wir möglichst schnell, möglichst bevölkerungsweit und möglichst zeitstabil gesellschaftliche Lernprozesse, mit denen sich Individuen, soziale Gruppen, Institutionen und die gesamte Gesellschaft maximal präventiv und ohne Diskriminierung der Betroffenen auf ein Leben mit dem Virus einstellen können?

Geene (2000) zufolge bemüht sich *New Public Health* im Gegensatz zum kurativmedizinischen Modell

„um die Verhinderung von Krankheit durch Verhaltensbeeinflussung (Verhaltensprävention), aber auch und vor allem durch Verbesserung der Lebensverhältnisse (Verhältnisprävention)“. *New Public Health* zielt ab „auf die Stärkung der eigenen Entscheidungs- und Handlungskompetenzen der Men-

schen durch Empowerment und Emanzipationsprozesse in kooperativ-kordinierender Zusammenarbeit aller Beteiligten.“ (Geene 2000: 94).

Im Zentrum von *New Public Health* stehen demzufolge Bedürfnis-Orientierung, Kommunikation via Massenmedien, Verhaltensänderungen über positive Anreize, zielgruppenspezifisches Empowerment. Aus den Ausführungen in Kapitel 2 wird deutlich, dass auch die in der Schweiz umgesetzte Aidspolitik sich an den Prinzipien von *New Public Health* orientiert. Demzufolge sollten staatliche Präventionsbemühungen nicht den Versuch unternehmen, die Normen einer Gemeinschaft zu verändern, sondern sie sollten sich ihnen vielmehr anpassen (Hausser, Cattacin et al. 2001). In der Schweiz kommt dieses Prinzip dadurch zum Ausdruck, dass in den offiziellen Präventionsbotschaften moralische Komponenten nur spärlich vorhanden sind.

## **4.2 Der policy venue westlicher Aidspolitiken**

Die Prinzipien von *New Public Health* werden in allen Ländern der westlichen Welt als Grundlage der jeweiligen Aidspolitiken anerkannt. Die Organisationsweise und die zur Bewältigung der Epidemie geschaffenen Strukturen sind aber von Land zu Land verschieden. So gibt es etwa Unterschiede, was das Ausmass des Einbezugs von NGOs bei der Formulierung und Implementierung der Aidspolicies anbelangt. Auch gibt es länderspezifische Unterschiede, was das Angebot für spezifische Bevölkerungsgruppen betrifft (Rosenbrock, Schaeffer et al. 2002). Besonders in südeuropäischen Ländern begann der Prozess der Politikformulierung mit starker Verzögerung (Cattacin und Panchaud 1995).

Cattacin und Panchaud (1997) haben auf der Basis einer Analyse von einem Dutzend westeuropäischer Länder drei Grundmodelle herauskristallisiert, nach welchem Muster die HIV/Aids-Problematik angegangen wird. Sie unterscheiden dabei ein neokonservatives Modell, ein technokratisches sowie ein Gesellschafts-Modell.

Das neokonservative Modell zeichnet sich dadurch aus, dass Massnahmen gegen HIV und Aids nur langsam und fragmentarisch ergriffen wurden. Präventionskampagnen beinhalten moralisierende und/oder indirekte Botschaften. Die Medizinalisierung von HIV und Aids ist stark ausgeprägt. Psychosoziale Aspekte spielen kaum eine Rolle, was sich darin äussert, dass keine spezifischen Einrichtungen für HIV-positive oder aidskranke Menschen vorhanden sind, aber auch darin, dass die Präventionskampagnen keine Solidaritäts- oder Antidiskriminierungsbotschaften beinhalten. Ein obligatorisches Meldewesen und Evaluationsstrukturen sind entweder nur schlecht entwickelt oder fehlen ganz. Ein weiteres Merkmal des neokonservativen Modells besteht darin, dass HIV/Aids durch bereits bestehende Gesundheits- und Sozialstrukturen im Rahmen einer minimalen öffentlichen Infrastruktur gemanagt wird. Von den NGOs wird erwartet, dass sie die zahlreich vorhandenen Angebots-

lücken schliessen. Am stärksten ausgeprägt ist das neokonservative Modell in den katholischen Ländern Italien und Portugal.

Das technokratische Modell ist dadurch gekennzeichnet, dass darin staatliche Akteure eine zentrale Rolle innehaben und als treibende Kräfte fungieren. NGOs werden nur dann beigezogen, wenn es spezifische, klar definierte Massnahmen umzusetzen gilt. Die Einrichtungen der Gesundheitsvorsorge werden rasch an die besonderen Bedürfnisse der HIV-positiven und aidskranken Menschen angepasst. Die Vormachtstellung der staatlichen Akteure kommt auch dadurch zum Ausdruck, dass sie rasch für die Installation eines obligatorischen Meldewesens und von professionellen Evaluationsstrukturen sorgen. Am stärksten ausgeprägt ist das technokratische Modell in Schweden und – in einem geringeren Ausmass – auch in Grossbritannien.

Das Gesellschaftsmodell schliesslich zeichnet sich durch eine Organisationsweise aus, in der die Zusammenarbeit zwischen staatlichen Akteuren und Nichtregierungsorganisationen von zentraler Bedeutung ist. Strategien werden in enger Zusammenarbeit mit NGOs erarbeitet; die Rolle des Staates besteht darin, HIV/Aids-spezifische Massnahmen zu fördern und deren Umsetzung und Koordination zu überwachen. Die Präventionskampagnen beinhalten unterschiedlichste Botschaften, sind sehr direkt und appellieren selten bis nie an das moralische Gewissen. Gesetzliche Vorkehrungen für ein obligatorisches Meldewesen wurden relativ spät getroffen, wohingegen systematische Evaluationen von Anbeginn an durchgeführt wurden. Die Behandlung von Menschen mit HIV/Aids erfolgt in spezialisierten, von der öffentlichen Hand subventionierten Einrichtungen, die von NGOs betrieben werden. Am stärksten ausgeprägt ist das Gesellschaftsmodell in Holland und der Schweiz, mit einigen Abstrichen zudem in der BRD (Cattacin und Panchaud 1997).

### **4.3 Der policy venue der Schweizer Aidspolitik**

Wie kann der in der schweizerischen Aidspolitik vorherrschende *policy venue* beschrieben werden? Welche Akteure sind für die Formulierung bzw. Umsetzung aidspräventiver Massnahmen zuständig? Wer ist für die therapeutische Behandlung von HIV-positiven und aidskranken Menschen zuständig? Welche Aufgaben übernehmen dabei die Kantone? Diese und weitere Fragen stehen im Zentrum der folgenden Ausführungen.

#### **4.3.1 Die gesetzlichen Grundlagen der Schweizer Aidspolitik**

Die Bekämpfung von Epidemien ist eine der wenigen Aufgaben im Gesundheitswesen der Schweiz, bei der nicht nur die Kantone über entsprechende Kompetenzen verfügen, sondern auch der Bund. Art. 118 der Bundesverfassung besagt nämlich, dass der Bund im Rahmen

seiner Zuständigkeiten Massnahmen zum Schutz der Gesundheit zu treffen hat (Abs. 1). Der Bund erlässt Vorschriften über den Umgang mit Lebensmitteln sowie Heilmitteln, Betäubungsmitteln, Organismen, Chemikalien und Gegenständen, welche die Gesundheit gefährden können; die Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten von Menschen und Tieren; den Schutz vor ionisierenden Strahlen. (Abs. 2).

Das Epidemiengesetz von 1970<sup>32</sup> verpflichtet Bund und Kantone dazu, die nötigen Massnahmen zu treffen, um übertragbare Krankheiten des Menschen zu bekämpfen. Bestimmte Aufgaben und Befugnisse können dabei privaten, gemeinnützigen Organisationen übertragen werden (Art. 1). Gemäss Art. 9 des Epidemiengesetzes übt der Bund die Oberaufsicht über die Durchführung des Gesetzes aus und koordiniert wenn nötig die Massnahmen der Kantone. Art. 11 schreibt den Kantonen vor, Massnahmen zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten zu treffen. Mit der Leitung der Massnahmen gegen übertragbare Krankheiten ist gemäss Art. 12 von jedem Kanton ein Kantonsarzt zu beauftragen.

#### **4.3.2 Ein historischer Abriss über die nationale Aidspolitik**

In den Anfangsjahren der Epidemie wurde HIV und Aids vorwiegend als Problem bestimmter Bevölkerungsgruppen – allen voran schwuler Männer sowie intravenös Drogenkonsumierender – wahrgenommen. So waren es denn auch Schwulenorganisationen, die als erste im Kampf gegen die weitere Ausbreitung der Infektionskrankheit aktiv wurden. So wurden beispielsweise ab 1984 in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft öffentliche Informationsveranstaltungen zum Thema HIV und Aids durchgeführt. Zudem wurden neue Beratungsstellen für Homosexuelle geschaffen und erste Informationsbroschüren für diese Bevölkerungsgruppe kreiert. Es waren Homosexuellenvertreter, die im Juni 1985 den Verein Aids-Hilfe Schweiz (AHS) gründeten, der fortan die wichtigste Partnerorganisation des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) im gemeinsamen Kampf gegen die weitere Ausbreitung der Epidemie sein sollte (vgl. Bachmann, Bachmann et al. 2002).

Als im Herbst 1982 die Zahl der in der Schweiz diagnostizierten Aidsfälle immer mehr zunahm, beschloss das BAG im März 1983, die medizinische Fachwelt in seinem wöchentlich erscheinenden Bulletin regelmässig über den Verlauf der Epidemie zu informieren. Dies geschah erstmals im April 1983 mit einem Artikel über Aids, in dem die Ärzteschaft gleichzeitig aufgefordert wurde, Aidsfälle dem BAG zu melden. Im Sommer desselben Jahres installierte das nationale Gesundheitsamt eine Fachexpertenkommission für Aids-Fragen. Dieser Expertenkommission gehörten in einer ersten Phase Infektiologen sowie VertreterInnen des Blutspendewesens und der schweizerischen Hämophiliegesellschaft an. In den folgenden Jahren wurde der Kreis der Mitglieder um Homosexuellenvertreter sowie ExpertInnen aus dem Drogenbereich und anderer betroffener Fachgebiete erweitert. 1988

---

<sup>32</sup> Bundesgesetz über die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten des Menschen (SR 818.101).

schliesslich erfolgte eine Umstrukturierung der Fachexperten-Kommission, die als Folge davon dem Bundesrat als Konsultativorgan unterstellt und in Eidgenössische Kommission für Aidsfragen (EKAF) umbenannt wurde.

Nachdem 1983 mit der Einsetzung der Fachexpertenkommission für Aids-Fragen und 1985 mit der Gründung der Aids-Hilfe Schweiz auf der nationalen Ebene erste Strukturen im Kampf gegen HIV und Aids geschaffen worden waren, wandte sich im Frühjahr des Jahres 1986 das BAG zum ersten Mal direkt an die Schweizer Bevölkerung, indem es an alle Haushalte eine Informationsbroschüre über Aids verschickte. Das Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne wurde mit der Evaluation dieser Massnahme beauftragt. Die Lausanner ForscherInnen kamen dabei zum Schluss, dass sich zwar das Wissen der befragten Personen über HIV und Aids aufgrund der Informationsbroschüre fast verdoppelt hatte, dass aber nur die Wenigsten ihr Schutzverhalten verändert hatten. Aus diesem Grund entschied sich das BAG für die Durchführung einer nationalen Präventionskampagne. Der Startschuss für die erste Auflage der STOP AIDS-Kampagne, die die Propagierung des Präservativs beinhaltete, fiel im Februar 1987.

Zwei Monate später wurde von der Schweizer Regierung das Konzept zur Bekämpfung der Aids-Epidemie in der Schweiz abgesegnet und gleichzeitig ein Nachtragskredit zum Budget 1987 in der Höhe von 8.3 Mio. Franken bewilligt. Mit der Verabschiedung des Aidskonzeptes und der ersten Auflage der nationalen STOP AIDS-Kampagne war der Grundstein für die nationale Strategie in der Bekämpfung von HIV und Aids gelegt. Diese beinhaltet bis heute die drei Säulen Information, Aufklärung und Beratung. Diskriminatorische, auf Zwangsmassnahmen basierende Massnahmen waren von Anfang an verbannt aus der nationalen HIV/Aids-Strategie. Die in der Schweiz zur Anwendung kommende Lösungsstrategie richtete sich – wie bereits in Kapitel 4.1 ausgeführt wurde – klar nach den Ansätzen von *New Public Health*.

In den Jahren nach 1987 begannen sich die Konturen des entstehenden *policy monopolies* immer deutlicher abzuzeichnen. So fand zwischen 1987 und 1991 in der Schweiz eine eigentliche Institutionalisierung der Aidsbekämpfung statt (vgl. Bachmann, Bachmann et al. 2002). Zuerst wurde im Mai 1987 die Stiftung für Aidsforschung gegründet, die mit der Aufgabe betraut wurde, unterstützend und koordinierend auf die medizinische Forschung im Aidsbereich einzuwirken. Im September 1987 wurde von der Regierung eine interdepartementale Arbeitsgruppe für Aids-Fragen installiert, die den Informationsaustausch zwischen den verschiedensten Bundesstellen gewährleisten sollte. Die Kommission zur Kontrolle der Aids-Forschung (KKAF) wurde im Oktober 1987 gegründet und dem BAG unterstellt. Die KKAF wurde mit der Aufgabe betraut, die Forschungsprojekte in den verschiedenen Disziplinen zu prüfen und auf der nationalen bzw. internationalen Ebene zu koordinieren. Die 25-köpfige Eidgenössische Kommission für Aids-Fragen (EKAF) wurde am 20. Januar 1988 eingesetzt. Sie bestand aus vier Sub-Kommissionen (Klinik, Labor, psychoso-

ziale Aspekte und Gesundheitswesen) und hatte zur Aufgabe, das BAG bei seinen Massnahmen zur Bekämpfung der Epidemie zu beraten.<sup>33</sup> Die Stiftung Aids Info Docu schliesslich wurde im Sommer 1988 ins Leben gerufen. Wie aus dem Namen bereits zum Ausdruck kommt, war die Stiftung für die Bereitstellung von Informationen und Dokumentationen zum Thema HIV und Aids vorgesehen.

Auch innerhalb des BAG wurden mit einer im Herbst 1987 neu geschaffenen Verwaltungseinheit, der Zentralstelle für Aids-Fragen, neue Strukturen geschaffen. In der Folge weitete das BAG seine Aktivitäten im Bereich der HIV/Aids-Prävention und –information weiter aus. Neben der Weiterführung der STOP AIDS-Kampagne entwickelte das nationale Gesundheitsamt verschiedene Informationsbroschüren, die sich an verschiedene Zielgruppen richteten. So wurde beispielsweise in Zusammenarbeit mit der AHS eine Unterrichtshilfe zum Thema Aids erarbeitet. Im Sommer 1987 folgte eine frauenspezifische, im Herbst desselben Jahres eine solche für Jugendliche, die den Jugendzeitschriften beigelegt wurde.

Die anonyme Meldepflicht für neu diagnostizierte HIV- und Aidsfälle, die eine vorgängige Revision der Meldeverordnung von 1974 bedingte, wurde 1987 in der Verordnung über die Meldung übertragbarer Krankheiten des Menschen festgelegt. Die Informationen über den Verlauf der HIV-Infektionen und der Aidsfälle erlaubten es dem BAG, seine Massnahmen entsprechend auszurichten und anzupassen.

In den Kantonen kam es offenbar erst einige Jahre später zum Einsatz aidsspezifischer Massnahmen. Nur etwa die Hälfte aller Kantone hatte bereits Arbeitsgruppen und Kommissionen eingerichtet; in etwas mehr als der Hälfte der Kantone wurde die Möglichkeit angeboten, sich einem anonymen HIV-Antikörper-Test zu unterziehen. Hingegen waren die meisten Kantone dabei, in den Schulen Informations- und Präventionslehrinhalte anzubieten. Grundsätzlich bekundeten konservative Kantone Mühe mit der auf der nationalen Ebene gewählten Aidspräventionsstrategie. Diese Vorbehalte führten bei den betreffenden Kantonen zu Verzögerungen bei der Umsetzung konkreter Massnahmen.

#### **4.3.3 Aidspolitik in den Kantonen**

Wie bereits erwähnt wurde, sind für die Umsetzung aidspräventiver Massnahmen sowie für das Angebot im klinischen Bereich in erster Linie die Kantone zuständig. Für die Verbreitung der Präventionsbotschaften sind allen voran die kantonalen bzw. regionalen Ableger der Aids-Hilfe Schweiz – die sogenannten AHS-Antennen – in Zusammenarbeit mit weiteren Nichtregierungsorganisationen aus dem Gesundheits- und Sozialbereich verantwortlich. Diese werden vor allem durch kantonale Subventionen und Spendengelder finanziert.

---

<sup>33</sup> Zum Thema HIV/Aids-Forschung in der Schweiz vgl. Frey und Kübler (2005).

Eine Untersuchung aus den 90er Jahren hat gezeigt, dass sich die kantonalen HIV/Aids-spezifischen Strukturen in Bezug auf die beiden Dimensionen ‚Integration‘ und ‚Koordination‘ stark voneinander unterscheiden (Vitali und Cattacin 1997). Die Autoren haben dabei fünf unterschiedliche kantonale Organisationsmodelle identifiziert: ein integriertes Modell mit einem oder zwei Entscheidungszentren, ein hierarchisches Modell, ein fragmentiertes Modell, ein integriertes Modell mit mehreren Entscheidungszentren sowie ein nicht-autonomes Modell.

Das am meisten verbreitete *integrierte Modell* findet sich vor allem in den deutschsprachigen Kantonen und in den beiden Kantonen Jura und Neuenburg. Es zeichnet sich einerseits aus durch ziemlich offene und kaum hierarchische Beziehungen zwischen den Akteuren, andererseits aber auch durch eine funktionierende Koordination durch ein bis zwei Entscheidungszentren. In den drei Kantonen Thurgau, Waadt und Wallis dominiert ein *hierarchisches Modell*. Dieses wird geprägt durch ein einziges Entscheidungszentrum und eine starke Einbindung der Akteure. Die Koordination der HIV/Aids-spezifischen Massnahmen geschieht ausschliesslich durch eine Instanz.

Das *fragmentarische Modell* wird charakterisiert durch eine starke Arbeitsteilung der Akteure und eine nur unbedeutende Koordination, was Lückenbildungen fördert und das Konfliktpotenzial unter den Akteuren erhöht. Dieses Modell findet sich in den Kantonen Luzern, Solothurn, Freiburg und Tessin. Das *integrierte Modell mit mehreren Entscheidungszentren* findet sich in den Kantonen mit urbanen Zentren. Da die Anzahl der Akteure in diesen Kantonen gross ist, ist auch der entsprechende Koordinationsaufwand hoch. Das *nicht-autonome Modell* schliesslich findet sich in der Zentralschweiz und den beiden Appenzell. Es zeichnet sich dadurch aus, dass das oder die Entscheidungszentren im HIV/Aids-Bereich ausserhalb des Kantons liegen (Vitali und Cattacin 1997).

Es ist gut möglich, ja sogar wahrscheinlich, dass sich die Situation in den Kantonen, was die Strukturen und die Koordination betrifft, in den letzten rund zehn Jahren verändert hat. Es wird in dieser Arbeit jedoch nicht darum gehen, aufzuzeigen, in Richtung welchen Modells sich die Schweizer Kantone in Bezug auf HIV und Aids in den letzten Jahren entwickelt haben. Der Hinweis auf die verschiedenen Organisationsformen dient in erster Linie dazu, auf die strukturellen Verschiedenartigkeiten der Kantone in ihrem Kampf gegen HIV und Aids aufmerksam zu machen.

#### **4.4 Die Berichterstattung über HIV/Aids in den Schweizer Medien**

In den voranstehenden Ausführungen wurden das bis Mitte der 90er Jahre in der schweizerischen Aidspolitik dominierende *policy image* sowie die zur Bekämpfung der Epidemie geschaffenen Strukturen, Abläufe und Regeln (*policy venue*) dargestellt. In der Logik der



*Punctuated Equilibrium Theory* ist die Etablierung von einem bestimmten Politikbereich dominierenden *policy monopolies* oftmals mit Agendasetting-Prozessen verknüpft. Das heisst, wenn Issues aus irgendwelchen Gründen auf die makropolitische Agenda gelangen, hat diese Entwicklung oft langanhaltende institutionelle Konsequenzen zur Folge. Ob dieser Mechanismus sich auch im Falle von HIV/Aids aufzeigen lässt, diese Frage soll in diesem Kapitel anhand einiger medienanalytischer Untersuchungen zu HIV und Aids geklärt werden.<sup>34</sup>

Untersuchungen zur Medienberichterstattung über HIV und Aids erfolgten in der Schweiz vergleichsweise spät und eher spärlich (Jenni 2003). Zudem konzentrierten sich medienanalytische Studien oftmals auf die Resonanz der STOP AIDS-Kampagne in der schweizerischen Presselandschaft (Schröder und Mathey 1988; Daverio 1992). Dennoch gibt es einige Arbeiten, die die Medienberichterstattung über HIV und Aids in einem grösseren Zusammenhang untersucht haben (vgl. Diggelmann, Schanne et al. 1988; Beusch 1997; Jenni 2003). Das Problem bei diesen Untersuchungen besteht darin, dass keine die gut 20-jährige Geschichte der HIV/Aids-Problematik vollständig erfasst. Zudem stützen sich die Studien auf je unterschiedliche Stichproben ab, was eine Vergleichbarkeit der verschiedenen Forschungsergebnisse erschwert.

Diggelmann, Schanne et al. (1988) unterzogen in ihrer Studie 370 zwischen November 1986 bis Oktober 1987 erschienene Zeitungsartikel einer inhaltsanalytischen Untersuchung. Dabei fokussierten sie sich auf vier übergeordnete Themenbereiche:

- HIV-Übertragung, HIV-Infekt und Erkrankung;
- individuelle Schutzmassnahmen zur Verhinderung einer HIV-Übertragung;
- die HIV-Ausbreitung, die Aids-Epidemie;
- institutionelle Massnahmen zur Bekämpfung der Aids-Epidemie, „Seuchenbekämpfung“.

Im übergeordneten Themenbereich ‚*Übertragungswege*‘ konzentrierte sich die Medienberichterstattung mit einem Anteil von 24% auf das Thema Angst vor einer möglichen Ansteckung. Weiterführende Informationen, die Aufschluss über die verschiedenen Übertragungswege gegeben hätten, wurden nur spärlich geliefert. Zudem fokussierte sich die Berichterstattung stark auf Drogenkonsumierende und schenkte dem Übertragungsweg durch sexuelle Kontakte zu wenig Beachtung (Diggelmann et al. 1988: 2). Im Themenbereich ‚*individuelle Schutzmassnahmen*‘ wurde zwar in 26% aller untersuchten Zeitungsartikel auf das Präservativ hingewiesen, weiterführende Erklärungen zur richtigen Anwendung dieses

---

<sup>34</sup> An dieser Stelle wird nur der Niederschlag, der die HIV/Aids-Thematik in den Printmedien gefunden hat, dargestellt. In welchem Ausmass HIV/Aids die politische Agenda beanspruchte, wird in Kapitel 6.9.2 aufgezeigt.

in der Aidsprävention zentralen Schutzinstrumentes blieben jedoch aus (Diggelmann, Schanne et al. 1988: 3).

Der Themenbereich ‚*HIV-Ausbreitung*‘ wurde in erster Linie mittels epidemiologischer Statistiken abgehandelt. In 13% der Artikel wurden gemäss Berichtsverfasser übernatürliche Mächte für den Ausbruch der Krankheit geltend gemacht (Diggelmann, Schanne et al. 1988: 4). Im vierten Themenbereich schliesslich, der von den Autoren untersucht wurde – *institutionelle Massnahmen* – ging es in den meisten Fällen (43%) um die staatlich geförderten Präventionskampagnen. Die Entwicklung von medikamentösen Therapien wurde hingegen nur in 7% der untersuchten Artikel thematisiert – kein Wunder angesichts zu dieser Zeit noch fehlender Therapiemöglichkeiten.

Diggelmann, Schanne et al. (1988) kommen in ihrer Untersuchung zum Schluss, dass die Berichterstattung in der Presse über HIV und Aids qualitativ als bescheiden bezeichnet werden muss. Die Presse habe weder einen die Präventionskampagnen ergänzenden Beitrag geleistet, noch einen eigenständigen Beitrag zur Information und Aufklärung der Bevölkerung geliefert.

Beusch (1997) untersuchte in ihrer Studie 443 Artikel, die im Zeitraum von 1987 bis 1995 erschienen sind. Laut Beusch ist der Umfang der Berichterstattung in den neun untersuchten Jahren um 67% zurückgegangen. Inhaltlich habe sich jedoch in den wesentlichen Bereichen nur wenig verändert (1997: 59).

Die Berichterstattung vermittelte zu einem grossen Teil (31%) epidemiologische Daten oder berichtete über wirtschaftliche Fragen oder politische Debatten, die im Zusammenhang mit HIV und Aids geführt wurden (Beusch 1997: 93). Der Themenbereich Sexualität mit dem damit verbundenen Übertragungsrisiko von HIV wurde in der Berichterstattung weitgehend ausgeblendet. Auch waren Artikel mit verhaltensbezogenen Ratschlägen und Informationen zum adäquaten Schutzverhalten selten (9%). Oftmals wurden in den Artikeln nur Adressen und Telefonnummern von Beratungsstellen oder Literaturhinweise abgedruckt (Beusch 1997: 102).

Eine Zunahme erfuhr die Berichterstattung über Menschen mit HIV und Aids, von 51% im Jahre 1987 auf 79% im Jahre 1993. Laut Beusch waren dabei vor allem in den ersten fünf Jahren des Untersuchungszeitraums Schuldzuweisungen recht häufig. Während sich die Berichterstattung anfänglich auf die zwei am stärksten von der Epidemie betroffenen Bevölkerungsgruppen der Schwulen und Drogenkonsumierenden konzentrierte, rückte die heterosexuelle Bevölkerungsmehrheit immer stärker in das mediale Bewusstsein (Beusch 1997: 99).

Jenni (2003) nahm eine inhaltsanalytische Untersuchung der Berichterstattung in Deutschschweizer Tageszeitungen zwischen 1983 bis 2002 vor.<sup>35</sup> Die Zahl der vom Schweizerischen Sozialarchiv gesammelten Zeitungsausschnitte zum Thema HIV und Aids nahm ab 1983 sprunghaft zu und erreichte 1987 mit rund 450 Artikeln ihren Höhepunkt. Darauf sank die Anzahl gesammelter Artikel auf rund 170 im Jahre 1989. Die Kurve steigt danach wieder leicht an mit rund 250 Artikeln im Jahre 1992. Danach nahm die Anzahl gesammelter Artikel kontinuierlich ab und erreichte im Jahre 1999 einen Stand von weniger als 50 Artikeln (Jenni 2003: 52). Diese Entwicklung in der Medienberichterstattung führt vor Augen, dass die in der Schweiz zwischen 1987 und 1991 erfolgte Institutionalisierung der Aidsbekämpfung einhergeht mit einer hohen Medienresonanz. Der von der *Punctuated Equilibrium Theory* postulierte Zusammenhang zwischen Agendasetting-Prozessen und der Bildung von Strukturen scheint also auch im Aidsbereich zuzutreffen.

Jenni untersuchte in der Zeitperiode von 1983 bis 2002 vier Zeitblöcke (1983/1984: Erscheinen der ersten Artikel in der Schweiz; 1987: Wahrnehmung der Aidsproblematik in der Schweiz; 1996/1997: Durchbruch in der medizinischen Forschung; 2001/2002: aktuelle Berichterstattung) (Jenni 2003: 52). In den sieben Jahren, die von Jenni bei ihrer Untersuchung berücksichtigt wurden, wurden insgesamt 361 Artikel erhoben, wovon allein 178 – also fast die Hälfte aller untersuchten Artikel – aus dem Jahre 1987 stammen. Dieses Jahr markiert die erste Auflage der STOP AIDS-Kampagne, was offensichtlich eine hohe Medienresonanz verursachte.

Die 361 analysierten Artikel wurden sechs verschiedenen Themenbereichen zugeordnet:

- medizinische Aspekte;
- Übertragungswege des HI-Virus;
- Schutz vor einer Übertragung;
- Massnahmen des Staates;
- Regelungsdiskurse;
- Betroffene und Gesellschaft (Jenni 2003: 67).

---

<sup>35</sup> Ein Problem bei dieser Untersuchungsanlage besteht darin, dass die Sammlung des Schweiz. Sozialarchivs aus verschiedenen Gründen als unsystematisch bezeichnet werden muss. So werden etwa im Sozialarchiv nur die Originale gesammelt, was zur Folge hat, dass ein Artikel nicht mehreren Stichworten gleichzeitig zugeteilt werden kann. Eine weitere Eigenheit des Sozialarchivs besteht darin, dass keine doppelten Meldungen gesammelt werden. Identische, in verschiedenen Zeitungen abgedruckte Agenturmeldungen, werden deshalb nur ein Mal erfasst (Jenni 2003: 50). Beusch (1997: 36) geht davon aus, dass in erster Linie die Schlagzeilen für die Zuordnung des Stichwortes berücksichtigt werden und dass nur auflagenstarke Zeitungen, die sich nicht auf den Abdruck von Agenturmeldungen beschränken, genauer durchgearbeitet werden. Vor dem Hintergrund dieser einschränkenden Bemerkungen müssen die im Folgenden präsentierten Ergebnisse aus Jennis Untersuchung mit Vorsicht genossen werden.

Mit einem Anteil von fast einem Drittel (32.2%) wurden dabei medizinische Aspekte von HIV/Aids weitaus am häufigsten thematisiert. Im Zentrum der Berichterstattung standen dabei der Einsatz von Medikamenten zur Bekämpfung von HIV und Aids bzw. die allfällige Entwicklung eines Impfstoffes. Oft wurden in diesem Themenbereich auch epidemiologische Daten thematisiert.

Am zweithäufigsten – mit einem Anteil von 17.6% – wurden die verschiedenen Übertragungswege des HI-Virus thematisiert. Im Gegensatz etwa zur Ansteckung durch intravenösen Drogenkonsum wurde dabei besonders häufig auf risikoreiches Sexualverhalten hingewiesen. Am dritthäufigsten wurde in der Berichterstattung auf Massnahmen des Staates hingewiesen. Dazu zählen insbesondere die STOP AIDS-Kampagne, aber auch alle anderen Informations- bzw. Präventionskampagnen, die vom BAG bzw. der AHS angeboten wurden. Der Themenbereich ‚staatliche Massnahmen‘ erreichte einen Anteil von 17.2%.

Regelungsdiskurse (politische, rechtliche oder wirtschaftliche) Aspekte wurden in 14.9% der 361 untersuchten Artikel angeschnitten. Der Schutz vor einer Übertragung (insb. Safer Sex, Safer Use) wurde in 9.3% aller Fälle thematisiert. Am schlechtesten schnitt in der Medienberichterstattung der Themenbereich ‚Betroffene Gesellschaft‘ ab. Artikel, in denen u.a. die Solidarität mit Betroffenen oder die Diskriminierung von HIV-Infizierten zum Thema gemacht wurden, erreichten nur einen Anteil von 8.9%.

Wie bereits erwähnt, thematisierten die 361 von Jenni analysierten Artikel mit einem Anteil von 32.2% weitaus am häufigsten die medizinischen Aspekte von HIV und Aids. Artikel über die Fortschritte in der klinischen Forschung bildeten ab 1996 die Mehrheit in der Berichterstattung (Jenni 2003: 92). In den 42 Artikeln, in denen die klinische Forschung das Hauptthema oder das erste bzw. zweite Nebenthema bildeten, wurde das Thema in 62% der Fälle neutral abgehandelt.<sup>36</sup> In 26% der in Frage kommenden Artikel war die Tonalität der Berichterstattung über die klinische Forschung eine positive, in 12% eine negative.<sup>37</sup> In der

---

<sup>36</sup> *Neutral* bedeutet: „Positive Entwicklungen und Probleme in der Forschung werden etwa gleichermassen angesprochen.“ (Jenni 2003: Codebuch S. 14).

<sup>37</sup> *Positiv* bedeutet: „Der Bericht spricht in besonders euphorischer Form neuere positive Entwicklungen im Bereich der Forschung an. Es werden ausschliesslich Fortschritte und Erfolge und daraus entstehende neue Möglichkeiten in der Krankheitsbekämpfung angesprochen. [...] Der Hauptgegenstand der Berichterstattung sind Entwicklungen und Erfolge in der Forschung, jedoch wird kurz auf deren Probleme und Grenzen hingewiesen.“

*Negativ* bedeutet: „Der Bericht befasst sich hauptsächlich mit Rückschlägen in der Forschung. Nebensächlich wird aber auf bereits erzielte Erfolge aufmerksam gemacht. [...] Der Hauptgegenstand des Berichtes sind Probleme und Grenzen der Forschung, auf welche sie bei der Entwicklung von wirksamen Impfstoffen stösst. Bereits erreichte positive Entwicklungen werden nicht angesprochen.“ (Jenni 2003, Codebuch S. 14).

überwiegenden Zahl der Fälle wurde also entweder neutral oder positiv über die klinische Forschung berichtet (Jenni 2003: 92f.).

Ein ähnliches Bild ergibt sich bei der Analyse der 43 Artikel, in denen die Berichterstattung über Medikamente, Impfstoffe und Therapien im Zentrum standen. In der überwiegenden Mehrheit der Artikel (63%) wurde das Thema in einem neutralen Ton verfasst<sup>38</sup>. In 23% der Artikel wurde die Thematik Medikamente, Impfstoffe und Therapien in ein positives Licht, in 14% der Artikel hingegen in ein negatives Licht gerückt<sup>39</sup>. Diese Zahlen verdeutlichen wiederum, dass die Berichterstattung in weitaus den meisten Artikeln neutral oder positiv erfolgte (Jenni 2003: 94).

## 4.5 Fazit

Die bis hierhin gemachten Ausführungen zur HIV/Aids-Politik bis 1995 zeigen, dass durch das Auftauchen eines anfänglich tödlichen Virus anfangs der 80er Jahre vielfältige Entwicklungen und Innovationen ausgelöst wurden. In der Gesundheitspolitik wurde einem neuen Ansatz zum Durchbruch verholfen, der zum tragenden Prinzip in der Bekämpfung der Aids-Epidemie werden sollte. Der neue gesundheitspolitische Ansatz (*New Public Health*) stellt den einzelnen Menschen ins Zentrum und geht von einem umfassenden Gesundheitsbegriff aus. Krankheiten sollen durch Verhaltensbeeinflussungen sowie durch die Verbesserung der Lebensverhältnisse des einzelnen Individuums gar nicht erst entstehen können. Die Menschen sollen in ihren Entscheidungs- und Handlungskompetenzen gestärkt werden, um gesundheitliche Risiken abzuwenden. Diese Prinzipien, die vom *New Public Health*-Ansatz propagiert werden, erwiesen sich als zentrale Bestandteile des im Aids-Bereich dominierenden *policy image*. Um diesem neuen Ansatz zum Durchbruch zu verhelfen, mussten natürlich Strukturen, Regeln und Abläufe definiert werden, um diese neuen Ideen auch umsetzen zu können (*policy venue*).

---

<sup>38</sup> *Neutral* bedeutet: „Positive Möglichkeiten von Medikamenten und Therapien werden etwa gleichermassen angesprochen wie deren Probleme und Grenzen. Auch in diese Kategorie gehört die neutrale Bekanntmachung eines neuen Medikamentes.“ (Jenni 2003, Codebuch S. 14).

<sup>39</sup> *Positiv* bedeutet: „Wirkstoffe, Medikamente, Impfstoffe und Therapien werden vorgestellt und ihre Wirkungsweise und Möglichkeiten im Kampf gegen Aids werden ausschliesslich positiv dargestellt. Dazu gehören auch Betroffenenberichte, welche ausschliesslich über positive Erfahrungen mit den Medikamenten bzw. Therapien sprechen. [...] Wirkstoffe, Medikamente, Impfstoffe und Therapien werden mehrheitlich als erfolgsversprechend thematisiert. Nebensächlich wird auf Probleme, wie mögliche Nebenwirkungen bspw. hingewiesen.“

*Negativ* bedeutet: „Es werden hauptsächlich Probleme und Grenzen von Medikamenten und Therapien thematisiert. Jedoch wird auch auf positive Beispiele hingewiesen. [...] Thematisiert werden ausschliesslich Probleme und Grenzen von Medikamenten und Therapien. Angesprochen werden Wirkungsweise, Verträglichkeit und Nebenwirkungen.“ (Jenni 2003, Codebuch S. 14).

Die Befürworter dieses neuen Ansatzes, mithin also die Ideenträger, etablierten so im Laufe der Zeit ein *policy monopoly*, das aidsrelevante Politikformulierungs- und Implementierungsprozesse zu dominieren begann. Die Etablierung eines neuen *policy monopolies* wurde durch zwei Umstände begünstigt. Erstens stand die klinische Medizin der Epidemie in den Anfangsjahren völlig machtlos gegenüber. Wirksame Medikamente oder gar ein Impfstoff waren nicht vorhanden, um die Infektionskrankheit zu bekämpfen. Diese Tatsache erleichterte es den VertreterInnen des *New Public Health*-Ansatzes, ihre Ideen und Überzeugungen gegen den anfänglichen Widerstand der klinischen Medizin zum Durchbruch zu verhelfen. Zweitens wurde nicht nur durch den objektiv vorhandenen Problemdruck, sondern auch durch die Medienberichterstattung über HIV und Aids ein Handlungsdruck geschaffen, der die im Gesundheits- und Sozialbereich politisch Verantwortlichen zwang, rasch Massnahmen gegen die weitere Ausbreitung der Epidemie zu ergreifen.

#### **4.6 Hypothesen zur Entwicklung der schweizerischen Aidspolitik in der Phase der Normalisierung**

Aufgrund der in der sozialwissenschaftlichen Aidsforschung geäußerten Einschätzung der jüngsten Entwicklungen und Tendenzen in der Aidspolitik entwickelter Länder des Westens muss davon ausgegangen werden, dass die im Aidsbereich eingetretene Normalisierung einen positiven Feedback-Prozess eingeleitet hat und deshalb allen voran die Errungenschaften der Aidsprävention bedroht sind.

Verschiedene Autoren gehen davon aus, dass der bis anhin in der Aidspolitik vorherrschende *New Public Health*-Ansatz – in erster Linie aufgrund der Erfolge mit der medikamentösen Behandlung von HIV und Aids – bereits unter Druck geraten ist und dieser in Zukunft noch stärker ausfallen wird. Da die Prinzipien von *New Public Health* wie z.B. Verhaltens- und Verhältnisprävention zum Kern des in der Aidspolitik dominierenden *policy image* gehören, bedeutet diese Entwicklung, dass das bis anhin dominierende *policy image* supprimiert und von einem neuen Image verdrängt werden könnte. Wenn sich aber ein *policy image* in einem bestimmten Politikbereich ändert, besteht die Möglichkeit, dass ein positiver Feedback-Prozess eingeleitet wird, der von einem tiefgreifenden Politikwandel begleitet wird. Diese Überlegungen führen zu einer ersten Hypothese:

Hypothese 1: *Wenn das in der Aidspolitik bis anhin gültige policy image, das unter dem Begriff New Public Health subsummiert werden kann, durch ein anderes verdrängt wird, dann wird ein Politikwandel eintreten.*

In der sozialwissenschaftlich ausgerichteten Aidsforschung wurde zudem aufgezeigt, dass die in der Aidsprävention häufig vorkommende Zusammenarbeit zwischen staatlichen Stellen und NGOs einen wichtigen Erfolgsfaktor im Kampf gegen die HIV/Aids-Epidemie

darstellt (Panchaud 1995). Vor diesem Hintergrund wird argumentiert, dass durch die im Aidsbereich eingetretene Normalisierung das Innovationspotenzial der *policy monopolies* geschmälert wird und vermehrt bürokratische Abläufe Einzug halten (Rosenbrock, Dubois-Arber et al. 2000: 1615). Wenn HIV/Aids-spezifische Massnahmen wieder vermehrt von der „normalen“ Gesundheitsadministration übernommen werden, besteht jedoch die Möglichkeit, dass die Schulmedizin mit ihren spezifischen Interessen, Werthaltungen und Routineabläufen die vormals als sehr erfolgreich zu bezeichnende Zusammenarbeitsform zwischen den Gesundheitsbehörden, NGOs und der sozialwissenschaftlich geprägten Public Health-Forschung wieder gefährden können (Kippax und Race 2003: 8).

Findet eine solche Entwicklung statt, wird der bis anhin in der Aidspolitik vorherrschende *policy venue* unter Druck geraten. Aus der Aussage,

„[d]ramatic changes in policy outcomes are often the result of changes in the institutions that exert control“ (Baumgartner und Jones 1993: 33)

kann somit der Schluss gezogen werden, dass institutionelle Änderungen im Bereich von *policy venues* unter Umständen einen Politikwandel zur Folge haben. Diese Überlegungen führen zu einer zweiten Hypothese:

Hypothese 2: *Wenn die bis anhin in der Aidspolitik dominierende Zusammenarbeitsform zwischen staatlichen Behörden und NGOs einem institutionellen Wandel unterliegt, dann wird ein Politikwandel eintreten.*

Jenni (2003) hat in ihrer Untersuchung von 361 Zeitungsartikeln, die sich mit der HIV/Aids-Thematik auseinandersetzen, festgestellt, dass sich die Medienberichterstattung ab 1996 zunehmend auf die medizinische Behandelbarkeit von HIV und Aids konzentriert und dass dabei die in neutralem bzw. positivem Ton gehaltene Berichterstattung überwiegt. Diese Feststellung führt zur Vermutung, dass im Laufe der 90er Jahre in der Medienberichterstattung – in der Terminologie der *Punctuated Equilibrium Theory* – eine Aufmerksamkeits-Verschiebung stattgefunden hat. Das würde bedeuten, dass im Laufe der 90er Jahre vermehrt die Erfolge der klinischen Medizin bei der medikamentösen Behandlung von HIV und Aids ins Zentrum des Medieninteresses gerückt sind, anstelle des präventiven Aspektes von HIV/Aids. Wenn sich aber Medien in ihrer Berichterstattung auf eine andere Dimension ein und desselben Issues fokussieren, kann dieser Vorgang einen positiven Feedback-Prozess auslösen, der unter Umständen einen Politikwandel nach sich zieht. Diese Überlegungen führen zu einer dritten Hypothese:

Hypothese 3: *Wenn HAART den Präventionsaspekt von HIV/Aids auf der makropolitischen Agenda verdrängt, dann wird ein Politikwandel stattfinden.*

Diese drei Hypothesen werden im Rahmen dieser Arbeit einer Untersuchung unterzogen. Wie in Kapitel 5 dargelegt wird, konzentriert sich die Untersuchung auf die in der Normalisierungsphase stattgefundenen Entwicklungen der Aidspolitik auf der nationalen Ebene sowie in sieben Kantonen. Die Ergebnisse der einzelnen Fallstudien sollten es ermöglichen, die Situation der schweizerischen Aidspolitik – sowohl auf der nationalen wie auf der kantonalen Ebene – im Hinblick auf die oben formulierten Hypothesen einschätzen zu können.



## 5 Methodisches Vorgehen

In diesem Kapitel wird das methodische Vorgehen zur empirischen Untersuchung der drei Hypothesen dieser Studie beschrieben. In einem ersten Schritt wird das Forschungsdesign zur Untersuchung der beiden ersten Hypothesen erläutert. Es wird gezeigt, dass sich das dabei verwendete Analysemodell auf den Policy Netzwerk-Ansatz stützt, womit ebenfalls die Auswahl der untersuchten Fälle begründet werden kann. Erläuterungen zum Vorgehen bei der Datenerhebung und Datenanalyse schliessen den ersten Teil des Methodenkapitels ab. In einem zweiten Schritt wird das Vorgehen zur Untersuchung der dritten Hypothese dargestellt. Dabei wird zunächst die Medienanalyse, anschliessend die Analyse von Parlamentsgeschäften erläutert.

### 5.1 Forschungsdesign zur Untersuchung der beiden ersten Hypothesen

Um die Entwicklung der schweizerischen Aidspolitik in der Phase der Normalisierung zu untersuchen, wird ein Forschungsdesign verwendet, das auf vergleichenden Fallstudien basiert (Yin 1994). Der Untersuchungszeitraum erstreckt sich vom Beginn der Normalisierung (1995/96) bis Ende 2003. Insofern handelt es sich um eine Längsschnittanalyse, da mehrere Fälle über die Zeit hinweg untersucht werden (vgl. Klöti und Widmer 1997: 188).

Im Rahmen der Fallstudien wird das Schwergewicht auf die Untersuchung verschiedener Bereiche der Aidsprävention gelegt. Die Auswahl der untersuchten Präventionsbereiche basiert auf dem in Kapitel 2.1.1 beschriebenen Modell der Aidsprävention, das auf drei Interventionsebenen beruht: bevölkerungsbezogene Information, zielgruppenspezifische Information und Motivation sowie individuelle Prävention und Beratung. Auf der Grundlage dieses Modells werden fünf Bereiche der HIV/Aids-Prävention untersucht (vgl. nachstehende Tabelle).

**Tabelle 2: Die untersuchten Bereiche der HIV/Aids-Prävention**

bevölkerungsbezogene Information	zielgruppenspezifische Information und Motivation	individuelle Prävention und Beratung
<ul style="list-style-type: none"><li>• Medien- und Plakatkampagnen (insb. STOP AIDS-Kampagne)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Schule;</li><li>• Prostitution (Sexworker beiderlei Geschlechts und deren Kunden);</li><li>• Migration</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Counselling im Rahmen des HIV-Tests</li></ul>

Da in der sozialwissenschaftlichen Aidsforschung davon ausgegangen wird, dass der Präventionsbereich aufgrund der Erfolge, die seit 1996 mit HAART erzielt wurden, zuneh-

mend unter Druck geraten ist, wird neben dem Präventionsbereich auch der klinische Bereich untersucht, der für die Therapie und medikamentöse Behandlung von HIV-infizierten und aidskranken Menschen zuständig ist.<sup>40</sup>

### 5.1.1 Analysemodell und Forschungsfragen

Die beiden ersten Hypothesen dieser Arbeit werden mit einem auf dem Policy Netzwerk-Ansatz basierenden Analysemodell untersucht (vgl. Abbildung 3). Im Rahmen des Policy Netzwerk-Ansatzes wird Politikwandel sowohl mit netzwerkinternen, wie auch mit –externen Faktoren erklärt. Die Stabilisierung der HIV-Infektionszahlen sowie die Verfügbarkeit der medikamentösen Behandlung (HAART) – diese beiden Aspekte können unter dem Oberbegriff ‚Normalisierung‘ subsummiert werden – gelten in diesem Analysemodell als exogene Faktoren, die einen Einfluss auf die im Aidsbereich dominierenden Netzwerke (*policy monopolies*) und deren Output haben. Da sozio-ökonomische Rahmenbedingungen einen grossen Einfluss auf Policy-Netzwerke und deren Output haben, wurde quasi als Kontrollvariable der Spardruck der öffentlichen Hand als zusätzlicher exogener Faktor berücksichtigt. Denn angesichts der nur schleppend vorankommenden Wirtschaftsentwicklung, die bei vielen Kantonen in der Untersuchungsperiode zu Sparmassnahmen geführt hat, ist davon auszugehen, dass die angespannte Wirtschaftssituation bei den im Aidsbereich tätigen Akteuren und deren Angebot negative Auswirkungen gehabt hat.

Policy Netzwerke zeichnen sich per definitionem durch ein gemeinsames Interesse an einem bestimmten Politikinhalt aus (Knill 2000). Implizit verweist dieser Definitionsbestandteil auf das *policy image*, ein einen bestimmten Politikbereich unterstützendes Set von Ideen, das strukturiert, wie *Policymaker* über ein bestimmtes Problem denken und darüber diskutieren (Baumgartner und Jones 2002).

Einige der zur Analyse von netzwerkartigen Zusammenarbeitsformen häufig verwendeten Dimensionen beinhalten Aspekte, die auch zur Untersuchung von *policy venues* benutzt werden können (vgl. Kapitel 3.4). Die Netzwerkdimension ‚Akteure‘ beispielsweise dient zur Bestimmung der in einem *policy monopoly* vertretenen staatlichen und nicht-staatlichen Akteure. Die Dimension ‚Struktur‘ verweist auf strukturelle Besonderheiten innerhalb eines *policy monopoly*, wie zum Beispiel die zwischen den Akteuren vorherrschenden Beziehungsmuster oder die Abgrenzung des Netzwerkes gegen Aussen. Mit der Dimension ‚Spielregeln‘ werden die in einem Policy-Netzwerk vorhandenen regulatorischen Aspekte beleuchtet. Dabei geht es um die rechtlichen Rahmenbedingungen, um Regeln und Abläufe, an die sich die Akteure zu halten haben. Die Netzwerkdimension ‚Ressourcen‘ schliesslich

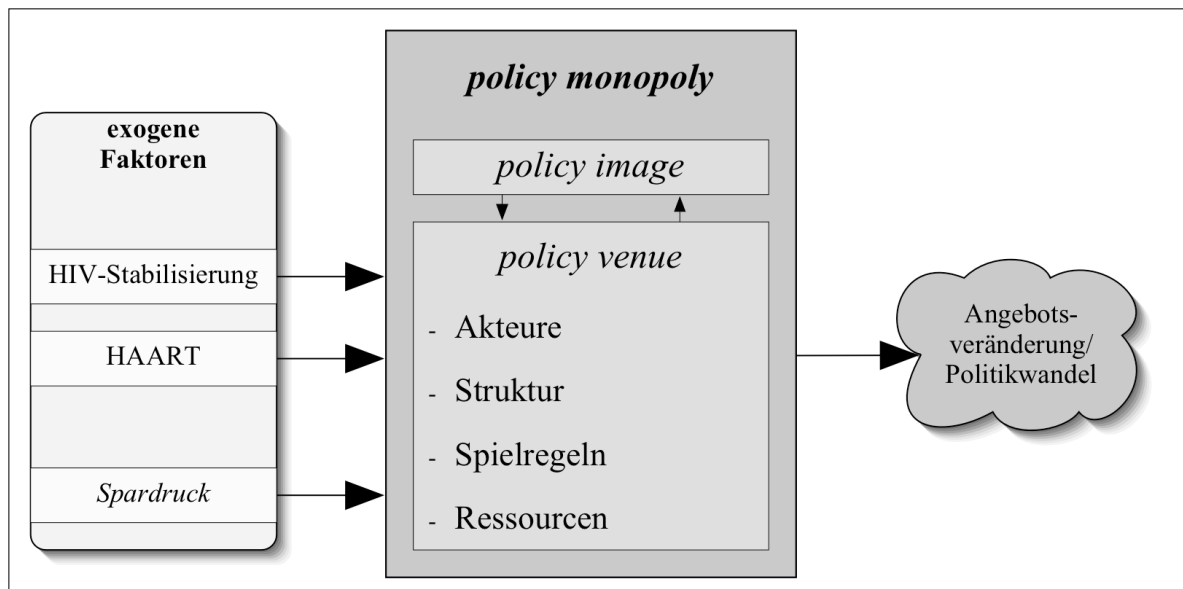
---

<sup>40</sup> Das dritte Kerngeschäftsfeld der Aidsarbeit, in dem es darum geht, allfällige Diskriminierungen und Stigmatisierungen von HIV-Infizierten abzubauen und Ungleichbehandlungen im Arbeits- und Sozialversicherungsbereich zu verhindern, wurde nicht systematisch untersucht.

lässt Rückschlüsse auf die Handlungsfähigkeit eines *policy monopoly* zu, das zur Etablierung und Aufrechterhaltung von Strukturen die für das *Policymaking* erforderlich sind, auf finanzielle und personelle Ressourcen angewiesen ist.

Diese Überlegungen können zu einem Analysemodell zusammengeführt werden, in dem die theoretischen Erwägungen sowohl hinsichtlich der *Punctuated Equilibrium Theory* wie auch des Policy Netzwerk-Ansatzes miteinander kombiniert werden.

**Abbildung 3: Analysemodell**



Mittels dieses Analysemodells werden die beiden ersten Hypothesen dieser Arbeit folgendermassen untersucht. Wenn es zutrifft, dass die Verfügbarkeit einer wirksamen Behandlungsmöglichkeit einhergeht mit einem Niedergang der Anstrengungen im Präventionsbereich und diese Entwicklung zu einer Wiedererstarkung des klinischen Bereichs führt (Setbon 2000), dann ist davon auszugehen, dass diese Entwicklung Spannungen und Konflikte zwischen dem präventiven und dem klinischen Bereich zur Folge hat. Aus diesem Grund werden in dieser Arbeit die Beziehungsmuster und allfällige Konflikte ideeller und/oder materieller Art zwischen beiden Bereichen untersucht. Diese Vorgehensweise sollte einen Hinweis darauf geben, ob die bis anhin dominierende Lösungsstrategie in der Schweiz bereits unter Druck geraten ist bzw. welchen Stellenwert sie in der Aidspolitik zehn Jahre nach Beginn der Normalisierung genießt. Insofern sind dadurch Rückschlüsse auf allfällige Veränderungen im Bereich des *policy image* möglich.

Die zweite Hypothese besagt, dass, sollten innerhalb des in der schweizerischen Aidspolitik dominierenden *policy venue* umfangreiche institutionelle Veränderungen zu beobachten sein, mit einem Politikwandel gerechnet werden muss. Ob in der schweizerischen Aidspolitik in der Normalisierungsphase strukturelle bzw. regulatorische Veränderungen grösseren Ausmasses stattgefunden haben, wird mittels der erwähnten Netzwerkdimensionen unter-

sucht. Sind im Bereich dieser verschiedenen Dimensionen gravierende Veränderungen zu beobachten, kann daraus – ganz im Sinne der *Punctuated Equilibrium Theory* und des Policy Netzwerk-Ansatzes – auf einen tiefgreifenden Politikwandel nach dem Muster eines positiven Feedback-Prozesses geschlossen werden. Sind jedoch keine oder nur geringfügige Veränderungen feststellbar, handelt es sich offenbar um einen negativen Feedback-Prozess.

Da *policy monopolies* über Ressourcen verfügen müssen, um eine gewisse Handlungsfähigkeit entfalten zu können, stellt auch die Entwicklung der Ressourcen ein wichtiger Indikator für Entwicklungen im Bereich des *policy venue* dar. Wenn die für die Bekämpfung von HIV und Aids bereitgestellten Ressourcen auf einem einigermaßen stabilen Niveau verharren oder sogar zunehmen, kann davon ausgegangen werden, dass die im Aidsbereich dominierenden *policy monopolies* keinem grösseren Druck unterliegen. Wenn hingegen ein dramatischer Rückgang der Ressourcen aufgezeigt werden kann, deutet diese Entwicklung darauf hin, dass ein *policy monopoly* einem grösseren Veränderungsprozess unterliegt. Aus diesen Überlegungen heraus wird in dieser Arbeit die Entwicklung der für den Aidsbereich eingesetzten Ressourcen als wichtiger Indikator für den Zustand und das Handlungspotenzial eines *policy monopolies* betrachtet.

Welche Bedingungen müssen erfüllt sein, damit von einem tiefgreifenden Politikwandel im Sinne eines positiven Feedback-Prozesses gesprochen werden kann? Welche Anzeichen müssen vorhanden sein, um von Politikwandel in einem inkrementalistischen Sinne zu sprechen? In Kapitel 3.2.3 wurde bereits darauf hingewiesen, dass es mit sehr grossen Schwierigkeiten verbunden ist, eine befriedigende Antwort auf diese Fragen zu erhalten. Um diesem Dilemma zu entkommen, werden deshalb in dieser Studie allfällige Angebotsveränderungen genauer unter die Lupe genommen. Ist generell der Umfang des Angebots im Präventionsbereich<sup>41</sup> in der Normalisierungsphase drastisch zurückgegangen oder werden für bestimmte Zielgruppen keine Massnahmen mehr angeboten, können diese Entwicklungen als Indikatoren für einen tiefgreifenden Politikwandel interpretiert werden. Demnach wird die Variable ‚Politikwandel‘ in diesem Analysemodell mittels der Untersuchung von allfälligen Angebotsveränderungen gemessen.

Auf der Grundlage dieser Ausführungen können die im Zentrum dieser Arbeit stehenden Forschungsfragen folgendermassen zusammengefasst werden:

- Werden die zur Bekämpfung der Aidsepidemie verfolgten Lösungsstrategien und damit das in der schweizerischen Aidspolitik dominierende *policy image* nach wie vor von allen relevanten Akteuren geteilt? Gibt es diesbezüglich unterschiedliche Ansichten zwi-

---

<sup>41</sup> In der sozialwissenschaftlichen Aidsforschung geht man davon aus, dass von der im Aidsbereich eingetretenen Normalisierung in erster Linie der Präventionsbereich betroffen wird. Aufgrund der Erfolge mit HAART ist im klinischen Bereich eher mit einer Aufstockung des Angebots zu rechnen.

schen dem präventiven und dem klinischen Bereich? Treten deshalb innerhalb der *policy monopolies* ideelle Konflikte auf?

- Welches sind die zentralen Akteure innerhalb der im Aidsbereich dominierenden *policy monopolies* (auf Bundesebene und in den untersuchten Kantonen)? Welches sind die Aufgaben der staatlichen, welches diejenigen der nicht-staatlichen Akteure in den Aids-Netzwerken?
- Gibt es Anzeichen für strukturelle Veränderungen innerhalb der im Aidsbereich dominierenden *policy monopolies*? Werden Akteure, die zuvor zum Kern des Netzwerkes gehörten, im Zuge der Normalisierung an den Rand gedrängt oder sogar ausgeschlossen? Stossen neue Akteure hinzu, die vorher nicht ins Netzwerk integriert waren? Welches sind die Gründe für allfällige strukturelle Änderungen?
- Wer hat das Sagen in den die Aidspolitik dominierenden *policy monopolies*, wer bestimmt die Spielregeln? Welche Rolle spielen das BAG bzw. die kantonalen Gesundheitsdirektionen innerhalb der *policy monopolies*? Gibt es Anzeichen für Änderungen der offiziellen Aidsbekämpfungsstrategien? Werden Prioritäten anders gesetzt? Welches sind die Gründe für diese Anpassungen?
- Wie haben sich die personellen und finanziellen Ressourcen der einzelnen Akteure entwickelt? Wenn die verfügbaren Ressourcen zurückgegangen sind, was sind die Gründe für diese Entwicklung? Hat der Spardruck der öffentlichen Hand Auswirkungen auf die im Aidsbereich zur Verfügung stehenden Ressourcen? Sind Subventionen der öffentlichen Hand zurückgegangen? Wenn ja, welche Akteure sind davon in welchem Ausmass betroffen?
- Wie hat sich das Angebot im HIV/Aids-Bereich entwickelt? Ist das Angebot konstant geblieben, oder ist eine Angebotserweiterung bzw. -reduktion feststellbar? Werden von diesen Entwicklungen alle Zielgruppen gleichermassen tangiert, oder gibt es zielgruppenspezifische Unterschiede?

### 5.1.2 Auswahl der Fälle

Die Auswahl der Fälle rekurriert auf das im vorhergehenden Kapitel dargestellte Analysemodell. In diesem Modell wird davon ausgegangen, dass verschiedene exogene Faktoren (HIV-Stabilisierung, HAART, Spardruck) einen Einfluss auf die auf der nationalen Ebene und in den jeweiligen Kantonen dominierenden *policy monopolies* und damit auch auf das von diesen Policy-Netzwerken produzierte Angebot haben. Soll eine Auswahl von zu untersuchenden, sich möglichst voneinander unterscheidenden Fällen getroffen werden, müssen demnach diese drei exogenen Faktoren berücksichtigt werden (vgl. Tabelle 3).

Als Indikator für die Variable ‚HIV-Stabilisierung‘ werden die HIV-Infektionsraten der 26 Schweizer Kantone verwendet. Um die Höhe der Infektionsraten der einzelnen Kantone vergleichbar zu machen, werden die entsprechenden HIV-Infektionszahlen pro 100'000 EinwohnerInnen berücksichtigt. Aus Tabelle 3 wird ersichtlich, dass sich dabei zwischen den einzelnen Kantonen erhebliche Unterschiede ergeben. Die Varianz der HIV-Infektionsraten verweist auf den unterschiedlichen Betroffenheitsgrad, der hinsichtlich HIV und Aids in den verschiedenen Kantonen vorhanden ist. Es kann davon ausgegangen werden, dass der unterschiedlich stark ausgeprägte Problemdruck einen wesentlichen Einfluss auf das jeweilige *policy monopoly* und dessen Angebot ausübt.

Der exogene Faktor ‚HAART‘ kann bei der Fallauswahl nicht berücksichtigt werden, da es sich dabei eher um ein Phänomen als eine Variable handelt. Der Zugang zu einer antiretroviralen Therapie steht allen in der Schweiz lebenden Menschen offen. Die dabei anfallenden Kosten werden von der obligatorischen Krankenversicherung vollumfänglich gedeckt. Diesbezüglich bestehen zwischen den einzelnen Kantonen keine Unterschiede. Allenfalls könnte man bei diesem Faktor eine Varianz konstruieren, indem man die unterschiedlichen Patientenzahlen berücksichtigen würde. Damit würde man aber wieder auf den von Fall zu Fall unterschiedlich stark ausgeprägten Handlungs- bzw. Problemdruck verweisen, der bereits mittels der Variable ‚HIV-Stabilisierung‘ abgedeckt wird.

Die Variable ‚Spardruck‘ schliesslich wird mit dem Indikator ‚Rechnungsabschluss‘ gemessen. Es ist davon auszugehen, dass die Ertragslage in den Kantonen (Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben) einen Einfluss auf die jeweilige Ausgabenpolitik hat. Je schlechter die Rechnungsabschlüsse in den letzten Jahren ausgefallen sind, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass dieser Entwicklung mittels Sparmassnahmen entgegengewirkt werden soll. Je stärker ein Kanton einem Spardruck unterliegt, desto grösser ist die Wahrscheinlichkeit, dass davon auch der Aidsbereich betroffen sein könnte.

Schliesslich wird zum Zwecke der Fallauswahl noch eine dritte Variable verwendet, die nicht mit einem exogenen Faktor zusammenhängt, sondern die auf strukturelle Unterschiede bei den kantonalen Policy-Netzwerken verweist. Eine Studie von Renschler (2004) hat aufgezeigt, dass sich die Organisationsweisen im Bereich der öffentlichen Gesundheit (*modèles organisationnels en matière de santé publique*) in den verschiedenen Landesteilen voneinander unterscheiden. Es kann deshalb davon ausgegangen werden, dass auch im Aidsbereich die jeweiligen Policy-Netzwerke je nach Landesteil unterschiedliche Strukturen aufweisen. Aus diesem Grund ist es sinnvoll, bei der Fallauswahl Kantone aus allen drei Landesteilen zu berücksichtigen.

Die bei der Auswahl der Fälle verwendeten Variablen mit ihren jeweiligen Indikatoren sind in der nachstehenden Tabelle dargestellt. Die sieben untersuchten Kantone sind hervorgehoben.

**Tabelle 3: Auswahlkriterien der zu untersuchenden Fälle**

Variable	Indikator	Ausprägungen	Kantone
HIV-Stabilisierung	<i>HIV-Infektionsraten</i> (positive Tests pro 100'000 E. 1996-2003) <sup>42</sup>	klein (< 27)	AG, AI, BL, JU, LU, NW, OW, TG, UR
		mittel (27-50)	AR, BE, FR, GL, GR, SG, SH, SO, SZ, TI, VS, ZG
		hoch (> 50)	BS, GE, NE, VD, ZH
Spardruck	<i>Rechnungsabschlüsse</i> (Durchschnitt aus den Jahren 1995-2002, in 1'000 Franken) <sup>43</sup>	> 0	AG, AI, AR, BL, LU, SH, SG, SZ, ZH
		< 0	BE, BS, FR, GE, GL, GR, JU, NE, NW, OW, SO, TG, TI, UR, VD, VS, ZG
Organisationsweise im Gesundheitsbereich	<i>Sprachgruppen- zugehörigkeit</i>	deutsch	AG, AI, AR, BE, BL, BS, GL, GR, LU, NW, OW, SG, SH, SO, SZ, TG, UR, ZG, ZH
		lateinisch	FR, GE, JU, NE, TI, VD, VS

Im Rahmen dieser Dissertation werden demnach die sieben folgenden Kantone untersucht: Aargau, Genf, Graubünden, Neuenburg, St. Gallen, Tessin und Zürich.<sup>44</sup> Da das Bundesamt für Gesundheit in enger Zusammenarbeit mit der Aids-Hilfe Schweiz (AHS), den kantonalen Gesundheitsbehörden und weiteren Akteuren für die strategischen Vorgaben in der Aidspolitik zuständig ist, ist es zwingend notwendig, in der Untersuchung nicht nur die kantonale, sondern auch die nationale Ebene zu berücksichtigen.

### 5.1.3 Datenerhebung

Die Datenerhebung basiert grundsätzlich auf qualitativen Methoden: der Analyse von Dokumenten sowie der Durchführung von Interviews. Daneben werden auch quantitative Kennzahlen wie epidemiologische Daten, präventionsspezifische Ausgaben der öffentlichen Hand, Kosten spezifischer Präventionsmassnahmen etc. erhoben.

<sup>42</sup> Quelle: BAG (Stand 31.7.2004; provisorische Raten für 2003).

<sup>43</sup> Quelle: Eidgenössische Finanzverwaltung.

<sup>44</sup> Diese Kantone haben sich zum Teil bereits in früheren Untersuchungen in Bezug auf die HIV/Aids-Thematik als besonders relevant erwiesen (Bütschi und Cattacin 1994; Vitali und Cattacin 1997; Jeannin, Schmid et al. 2000; Kübler, Neuenschwander et al. 2002).

### 5.1.3.1 Dokumentenanalyse

Die im Rahmen dieser Untersuchung durchgeführte Dokumentenanalyse verfolgt das Ziel, Informationen über Strukturen, Prozesse und Inhalte im Bereich der HIV/Aids-Prävention und im klinischen Bereich zu generieren. Die dabei erhobenen Daten stammen aus folgenden Quellen:

- Sekundäranalysen von Studien zur HIV/Aids-Politik in der Schweiz und in weiteren europäischen Ländern. Berücksichtigt wurden dabei insbesondere die zahlreichen Studien, die von der *Unité d'évaluation des programmes de prévention* (UEPP) des Sozial- und Präventivmedizinischen Instituts der Universität Lausanne im Rahmen der Global-evaluation der nationalen HIV/Aids-Präventionsstrategie verfasst worden sind (vgl. (Dubois-Arber, Jeannin et al. 1999b). Zusätzlich wurden Studien konsultiert, die von der Aidsforschungskommission des Schweizerischen Nationalfonds finanziert worden sind (Hausser, Cattacin et al. 2001; Twisselmann, Schmid et al. 2001; Zurn, Taffé et al. 2001), oder die von der Aids-Hilfe Schweiz in Auftrag gegeben worden sind (z.B. (Spreyermann 2000).
- Primärdaten, die aus anderen am Institut für Politikwissenschaft der Universität Zürich durchgeführten Forschungsprojekten stammen. Dabei wurden insbesondere die entsprechenden Dokumentationen und Interviewprotokolle verwendet.<sup>45</sup>
- Amtliche Publikationen von Regierungsstellen und Gesundheitsbehörden (epidemiologische Daten, HIV/Aids-spezifische Ausgaben der öffentlichen Hand etc.).
- Dokumente, Berichte und graue Literatur von NGOs, die Massnahmen im Bereich der Aidsprävention anbieten.<sup>46</sup>

### 5.1.3.2 Problemzentrierte Interviews

Als zweite Datenerhebungsmethode wurden zahlreiche problemzentrierte Interviews durchgeführt, acht auf der nationalen Ebene und 33 in den untersuchten Kantonen.<sup>47</sup> Das problemzentrierte Interview

„eignet sich hervorragend für eine theoriegeleitete Forschung, da es keinen rein explorativen Charakter hat, sondern die Aspekte der vorrangigen Problemanalyse in das Interview Eingang finden. Überall dort also, wo schon einiges über den Gegenstand bekannt ist, überall dort, wo dezidierte, spezifischere Fragestellungen im Vordergrund stehen, bietet sich diese Methode an.“ (Mayring 1999: 52).

---

<sup>45</sup> Zum Thema Normalisierungsszenarien in der Schweizer Aidspolitik, vgl. Kübler, Neuenschwander et al. 2002.

<sup>46</sup> Viele Daten wurden dabei mittels einer umfangreichen Internetrecherche generiert.

<sup>47</sup> Eine Liste mit den interviewten Personen und Organisationen findet sich im Anhang.



Die Methode des problemzentrierten Interviews zeichnet sich durch zwei wesentliche Merkmale aus: Offenheit und Vertrauensbeziehung (Mayring 1999). Die interviewte Person soll frei antworten können, ohne vorgegebene Antwortalternativen. Zudem soll zwischen Interviewer und Befragten eine Vertrauenssituation geschaffen werden. Damit die Interviews miteinander verglichen werden können, werden die Fragestellungen, die im Verlaufe des Interviews abgehandelt werden sollen, in einem Interviewleitfaden festgehalten.<sup>48</sup>

Die Auswahl der InterviewpartnerInnen orientierte sich an den in den *policy monopolies* vertretenen Akteuren sowie an den sechs Untersuchungsbereichen. Demzufolge wurden einerseits VertreterInnen der Gesundheits- und Schulbehörden sowie die LeiterInnen der HIV-Sprechstunden an den Kantonsspitalern befragt. Andererseits wurden auch Interviews mit Geschäfts- bzw. BereichsleiterInnen verschiedener für die Umsetzung von aidspräventiven Massnahmen verantwortlichen NGOs durchgeführt. Je nach Grösse des untersuchten Falles fielen so zwischen fünf bis zehn Interviews an.

#### 5.1.4 Datenanalyse

Die Datenanalyse orientiert sich am Verfahren der qualitativen Inhaltsanalyse. Die qualitative Inhaltsanalyse eignet sich vor allem für Fälle, wo es um eine theoriegeleitete Textanalyse geht. Mit Hilfe dieses Verfahrens werden die Texte systematisch analysiert, indem das Material zergliedert und schrittweise bearbeitet wird und indem in einem theoriegeleiteten Kategoriensystem die Analyseaspekte vorher festgelegt werden (Mayring 1999). Das Ziel der qualitativen Inhaltsanalyse besteht vor allem darin, bestimmte Aspekte aus dem Material herauszufiltern und sie aufgrund bestimmter Kriterien einzuschätzen. Zu diesem Zweck wird ein Fallprotokoll entwickelt, mit dessen Hilfe die Daten ausgewertet werden.

Die zu einzelnen Fallstudien verdichteten Ergebnisse stellen eine Synthese aus der Dokumentenanalyse, relevanter Sekundärliteratur und der Auswertung der Interviews dar. Um die einzelnen Fallstudien miteinander vergleichbar zu machen, folgt deren Aufbau jeweils einem identischen Muster, das sich an den theoretisch hergeleiteten Fragestellungen orientiert.<sup>49</sup> Die sieben Fallstudien verfolgen das Ziel, eine „dichte Beschreibung“ (Geertz 1987) der in den sechs untersuchten Bereichen beobachteten Entwicklungen zu realisieren.

In der vorliegenden Untersuchung wurde darauf verzichtet, eine soziale Netzwerkanalyse (*Social Network Analysis*) durchzuführen. Dies aus einem zentralen Grund. Mittels der *Social Network Analysis* wird eine Momentaufnahme der Beziehungsstrukturen von Akteuren innerhalb eines Netzwerkes erfasst. Die vorliegende Untersuchung basiert jedoch auf einer

---

<sup>48</sup> Die drei je nach Akteurkategorie verwendeten Interviewleitfäden sind im Anhang aufgeführt.

<sup>49</sup> Der Aufbau der einzelnen Fallstudien wird in Kapitel 6 erklärt.

Längsschnittanalyse, in der Prozesse innerhalb von *policy monopolies* und deren Auswirkungen auf den Output im Vordergrund stehen. Diese wurden in einer Zeitspanne von rund zehn Jahren untersucht. Insofern handelt es sich um eine Problemstellung, die sich mit qualitativen Methoden besser untersuchen lässt.

## 5.2 Vorgehen zur Untersuchung der dritten Hypothese

Die dritte Hypothese dieser Untersuchung besagt, dass ein Politikwandel zu erwarten ist, sofern HAART den Präventionsaspekt von HIV/Aids auf der makropolitischen Agenda zu verdrängen vermag. Um diese Hypothese empirisch zu untersuchen, wird eine Vorgehensweise gewählt, die sich stark an derjenigen von Baumgartner und Jones (1993) orientiert, die sie verwendet haben, um Agendasetting-Prozesse in den verschiedensten Politikbereichen zu untersuchen. Das heisst, im vorliegenden Fall werden HIV/Aids-spezifische Agendasetting-Prozesse mittels einer Printmedien-Analyse sowie einer Analyse von bundesparlamentarischen Vorstössen und den entsprechenden Bundesratsantworten untersucht.

### 5.2.1 Die Medienanalyse

Baumgartner und Jones (1993) haben sich bei ihrer Untersuchung der Medienagenda auf den *Readers' Guide to Periodical Literature* sowie den *New York Times Index* gestützt. Um die Entwicklung der HIV/Aids-Thematik auf der Medienagenda zu messen, wird in dieser Arbeit die entsprechende Berichterstattung in der Neuen Zürcher Zeitung (NZZ) untersucht.

Dabei wird die Medienanalyse vor allem aus praktischen Gründen auf die NZZ eingeschränkt. In früheren inhaltsanalytischen Untersuchungen zur Berichterstattung über HIV und Aids wurde nämlich darauf hingewiesen, dass sich bestehende Artikelsammlungen zu diesem Themenbereich nur bedingt für eine Medienanalyse eignen (vgl. Beusch 1997, Jenni 2003). Deshalb beschränke ich mich aus Machbarkeitsgründen auf eine Zeitung, die quasi als Stellvertreterin für die schweizerische Presselandschaft herhalten muss. Da dabei aus theoretischen Gründen insbesondere die HIV/Aids-spezifische Berichterstattung über Entwicklungen auf der nationalen Ebene von Interesse sind, wird die Analyse zudem auf den Inlandteil der NZZ eingeschränkt.

Als Grundlage für die inhaltsanalytische Untersuchung zum Thema HIV und Aids wurde das online zugängliche Archiv der NZZ verwendet, das alle ab 1993 erschienenen Artikel enthält.<sup>50</sup> In einem ersten Schritt wurden alle im Inlandressort zum Stichwort ‚Aids‘ gefun-

---

<sup>50</sup> In der Analyse von Printmedien wird die Untersuchungseinheit grundsätzlich aus dem einzelnen Zeitungsartikel gebildet. Sind in Zeitungen mehrere aufeinander bezogene Artikel bzw. Artikelteile abgedruckt (z.B. auf Themenseiten, bei Interviews, in Sonderbeilagen etc.), können Schwierigkeiten bei der Bestim-

denen Artikel nach dem Jahr ihres Erscheinens ausgedruckt. Die durch dieses Verfahren gefundenen Artikel bilden die Grundgesamtheit für die Analyse. Danach wurden alle Artikel, die eines der beiden nachfolgenden Kriterien erfüllten, aus der Analyse ausgeschlossen:

- Leserbriefe, da sich diese in vielen Fällen auf Artikel beziehen, die nicht im Inlandressort abgedruckt waren und deshalb unter Umständen zu einer Verfälschung der Resultate führen könnten.
- Artikel, in denen das Stichwort ‚Aids‘ nur beiläufig erwähnt wurde und die sich ansonsten mit einer völlig anderen Thematik beschäftigen, wurden ebenfalls ausgeschlossen.<sup>51</sup>

Die insgesamt 200 zwischen 1993 und 2003 erschienenen Artikel wurden schliesslich nach verschiedenen Kriterien untersucht. So wurde zum einen untersucht, ob in den Artikeln der präventive Aspekt und/oder der klinische Bereich von HIV/Aids in irgendeiner Form thematisiert wurde. Zur Variable ‚Prävention‘ wurden dabei zwei inhaltliche Dimensionen gezählt:

---

mung der einzelnen Untersuchungseinheiten entstehen. In diesen Fällen werden die einzelnen Untersuchungseinheiten nach folgenden Kriterien bestimmt (vgl. z.B. Selb 2003):

- Wird ein Teil eines Artikels durch einen Kasten, eine Linie oder durch ein anderes Abgrenzungsmerkmal abgetrennt, wird dieser Teil als eigenständige Untersuchungseinheit erfasst, auch wenn die Autorenschaft dieselbe ist;
- Werden in einem Artikel unterschiedliche Themen abgehandelt, die durch eigene Überschriften klar voneinander getrennt sind, werden diese Teile als eigenständige Untersuchungseinheiten erfasst;
- Generell wird das Ende eines Artikels durch die Unterschrift bzw. das Kürzel der Autorenschaft gekennzeichnet.

<sup>51</sup> Anhand eines einfachen Beispiels soll dieser Selektionsschritt illustriert werden. In einem am 11. September 2002 erschienenen Artikel berichtet die NZZ über ein Volksfest zum Uno-Beitritt der Schweiz in der Genfer Innenstadt. Laut Aussagen des Journalisten verfolgten mehrere hundert Menschen die Beitrittszeremonie auf einem auf einer Brücke aufgestellten Riesenbildschirm. Um dem Publikum die Wartezeit auf die Direktschaltung nach New York zu verkürzen, seien die Schaulustigen mit verschiedenen Musikdarbietungen unterhalten worden. Zudem hätte das Publikum seinen Hunger und Durst an verschiedenen Ständen stillen können. Im weiteren Verlauf des Artikels wird darauf hingewiesen, dass Genf bereits als Sitz verschiedener Uno-Organisationen fungiert: „Genf beherbergt neben dem europäischen Sitz der Vereinten Nationen mehrere Sonderorganisationen der Uno, darunter die Weltgesundheitsorganisation, das Uno-Programm gegen Aids, das Internationale Arbeitsamt, das Flüchtlingshilfswerk, die Weltorganisation für Meteorologie und die Weltorganisation für geistiges Eigentum.“(Neue Zürcher Zeitung vom 11.09.2002, S. 13).

In diesem Beispiel wird deutlich, dass auf das Thema HIV und Aids in keinsten Weise eingegangen wird und das Stichwort ‚Aids‘ nur beiläufig erwähnt wird. Aus diesem Grund wurden Artikel dieser Art bei der Auswertung nicht berücksichtigt.

- Präventionsmassnahmen, insb. vom BAG und der AHS: thematisiert werden die verschiedenen Präventionsmassnahmen, z.B. STOP AIDS-Kampagne, Aidsprävention an Schulen, Aidsprävention für Sexworker etc.
- Angebotsträger: Anbieter bzw. Träger von Massnahmen, sofern sie im Zusammenhang mit Informations- und Präventionsmassnahmen erwähnt werden.

Die Variable ‚HAART‘ beinhaltet ebenfalls zwei inhaltliche Dimensionen:

- Medikamente/Impfstoffe: thematisiert werden Medikamente, die bei der Behandlung von HIV und Aids zur Anwendung gelangen, oder Impfstoffe. Zu einem Thema gemacht werden Gebrauch, Nutzen und Nebenwirkungen von Medikamenten.
- klinische Forschung: thematisiert werden Forschung und Entwicklung im klinischen Bereich.<sup>52</sup>

In Kapitel 3.2.4 wurde darauf hingewiesen, dass Medien in Agendasetting-Prozessen eine wichtige Rolle spielen. So können sie zum Beispiel die öffentliche Wahrnehmung von einer Dimension eines Issues auf einen anderen, oder von einem Issue auf einen anderen lenken. Dieser Vorgang wird in der *Punctuated Equilibrium Theory* als *attention shifting* bezeichnet. Oft wird dabei ein Issue, der zuerst vorwiegend in einem positiven Licht dargestellt wurde, plötzlich mit überwiegend negativen Attributen versehen. Wenn Medien auf eine andere Problemdimension umschwenken, wird dadurch unter Umständen ein positiver Feedback-Prozess ausgelöst, der weitreichende Konsequenzen für einen Politikbereich zur Folge haben kann. Um herauszufinden, ob in der Schweiz im Aidsbereich eine solche Entwicklung stattgefunden hat, wurden diejenigen Artikel, die sich mit dem Präventions- und/oder klinischen Bereich der Aidsthematik auseinandersetzten, daraufhin untersucht, in welchem Ton bzw. in welchem Licht die beiden Bereiche in der Berichterstattung dargestellt wurden. Dabei wurde die Tonalität der Variable ‚Prävention‘ mittels folgender Kriterien gemessen:

- *positiv*: die Massnahmen werden mit positiven Attributen versehen (z.B. Verwendung von Adjektiven wie erfolgreich, vielversprechend, wirksam etc. Beispiel: „die STOP AIDS-Kampagne stösst weltweit auf Anerkennung und wird als beispielhaft gerühmt“).
- *negativ*: negative, kritikbehaftete Zuschreibungen, Attribute wie beispielsweise ‚Anstoss erregend‘, ‚moralisch verwerflich‘ (z.B. „die Botschaften der STOP AIDS-Kampagne zielen total an den Risikogruppen vorbei“).
- *neutral*: die Darstellung erfolgt sachlich bzw. es werden sowohl positive wie negative Attribute verwendet.

---

<sup>52</sup> Einschätzungen und Äusserungen zum Aids-Test bzw. zur Entwicklung neuer Testverfahren bildeten keine inhaltliche Dimension der Variable ‚HAART‘.

Die Tonalität der Variable ‚HAART‘ wurde mittels folgender Kriterien gemessen:

- *positiv*: HAART wird in Verbindung gebracht mit Attributen wie höhere Lebenserwartung, bessere Zukunftsperspektiven, Rückgang der Meldungen und Todesfälle, Rückkehr in die Arbeitswelt.
- *negativ*: HAART wird in Verbindung gebracht mit Attributen wie hohe Kosten, starke Nebenwirkungen, schwierige *Adherence*, negative Auswirkungen auf das Präventionsverhalten, Profitgier der Pharmaindustrie.
- *neutral*: es werden sowohl die Vor- wie auch die Nachteile der Medikamente thematisiert.

### 5.2.2 Die Analyse von Parlamentsgeschäften

Baumgartner und Jones (1993) haben für ihre Analyse der (makro)politischen Agenda im US-Kongress abgehaltene Hearings benutzt und sich dabei auf den *Congressional Information Service* gestützt. In dieser Arbeit wird die nationale Politagenda mittels einer Analyse von bundesparlamentarischen Vorstössen und entsprechenden Bundesratsantworten analysiert. Um zu untersuchen, welchen Niederschlag die HIV/Aids-Thematik auf der nationalen Politagenda fand, wurden alle zwischen 1983 und 2004 im National- und Ständerat zu diesem Thema behandelten Geschäfte untersucht. Die Erhebung der entsprechenden Geschäfte erfolgte in einem zweistufigen Verfahren.

In einem ersten Schritt wurden in der online verfügbaren Geschäftsdatenbank Curia Vista unter dem Stichwort ‚Aids‘ alle entsprechenden Geschäfte gesucht. Gemäss Angaben des Schweizer Parlaments<sup>53</sup> sind in der Geschäftsdatenbank Curia Vista alle ab Wintersession 1995 im Parlament hängigen Plenumsgeschäfte (Botschaften des Bundesrates, Vorstösse, Wahlen, Petitionen, etc.) systematisch aufgenommen. Angaben zu früheren Geschäften wurden aus einer älteren Datenbank ungeprüft übernommen:

- Parlamentarische Initiativen und Standesinitiativen: ab 1970 hängige;
- Vorstösse (Motionen, Postulate, Interpellationen, Einfache Anfragen): ab 1983 eingereichte;
- Fragen der Fragestunde: ab 1980 eingereichte.

Die Suche in der Geschäftsdatenbank nach dem Stichwort ‚Aids‘ ergab eine Trefferzahl von 187. Diese wurden nach Geschäftsnummern sortiert und ausgedruckt. Da sich bei einer näheren Betrachtung die von Curia Vista gelieferten Angaben in einzelnen Fällen als falsch oder unvollständig erwiesen, mussten sie in einem zweiten Schritt mit den offiziellen An-

---

<sup>53</sup> (Vgl. [www.parlament.ch](http://www.parlament.ch); Stand 31.3.2005)

gaben in den Amtlichen Bulletins des National- und Ständerates verglichen bzw. ergänzt werden. Im Anschluss an diese Bereinigung blieben schliesslich 171 Datensätze übrig.

Die Analyse der vom eidgenössischen Parlament behandelten Geschäfte sowie der entsprechenden Bundesratsantworten, in denen das Thema HIV und Aids zur Sprache kam, erfolgte anschliessend nach demselben Vorgehen, das bei der Medienanalyse angewendet wurde (vgl. Kapitel 4.2.1).<sup>54</sup>

---

<sup>54</sup> Die Intercoder-Reliabilität (vgl. Früh 2001: 177-183) für beide Analyseteile wurde anhand von je 30 zufällig ausgewählten Artikeln bzw. Parlamentsvorstössen ermittelt. Im Reabilitätstest wurden nur diejenigen Variablen ausgewertet, die thematische und inhaltliche Aspekte messen. Der Realibilitätskoeffizient betrug bei der Medienanalyse .90, bei der Analyse der parlamentarischen Vorstösse .87.

## 6 Analyse der schweizerischen Aidspolitik in der Phase der Normalisierung

In diesem Kapitel werden zuerst die beiden ersten Hypothesen dieser Arbeit anhand einer systematischen empirischen Untersuchung der Aidspolitik der nationalen Ebene und von sieben Kantonen überprüft. Die Überprüfung der dritten Hypothese zu HIV/Aids-relevanten Agendasetting-Prozessen erfolgt in einem eigenständigen Untersuchungsteil (vgl. Kapitel 6.9). Die Reihenfolge, in der die Resultate aus den kantonalen Fallstudien präsentiert werden, orientiert sich am Ausmass des Problemdrucks, der im jeweiligen Kanton vorhanden ist. Dieser lässt sich daran ablesen, wieviele Neuinfektionen pro 100'000 EinwohnerInnen in einer bestimmten Zeitperiode (in diesem Fall von 1985 bis 2001) gemeldet wurden (vgl. Bundesamt für Gesundheit 2002).

Der Aufbau der acht Fallstudien erfolgt nach einem je identischen Muster.<sup>55</sup> In der Einleitung werden zunächst einige fallspezifische epidemiologische Daten präsentiert. Danach werden die wichtigsten im HIV/Aids-Bereich tätigen Akteure, insofern also das jeweilige *policy monopoly*, vorgestellt. Dieser Teil wird bei der Analyse der nationalen Ebene ausführlicher dargestellt als bei den Kantonen, da der Bund die strategische Ausrichtung der Aidsarbeit vorgibt und die verschiedenen Präventionsprojekte von der Aids-Hilfe Schweiz (AHS) auf der nationalen Eben koordiniert werden.

In einem ersten Unterkapitel wird aufgezeigt, welche Entwicklungen im Bereich des *policy image* stattgefunden haben. Dabei wird untersucht, ob und allenfalls wie sich die Beziehungen zwischen dem präventiven und dem klinischen Bereich in der Normalisierungsphase entwickelt haben und ob allenfalls Konflikte ideeller oder materieller Art zu beobachten sind.

In einem zweiten Unterkapitel wird anhand allfälliger struktureller und regulatorischer Veränderungen die Entwicklung des HIV/Aids-spezifischen *policy venue* analysiert. Von strukturellen Veränderungen wird in dieser Studie dann gesprochen, wenn in einem *policy monopoly* neue Akteure hinzugekommen sind bzw. wenn Akteure ausgeschieden sind. Als strukturelle Veränderungen gelten auch Reorganisationen innerhalb von Verwaltungseinheiten, die mit dem Aidsdossier betraut sind. Von regulatorischen Veränderungen wird dann gesprochen, wenn Arbeitsabläufe oder Abmachungen und Regeln, die die Zusammenarbeit der verschiedenen Akteure betreffen, verändert wurden. In Frage kommen dabei ins-

---

<sup>55</sup> Dabei handelt es sich um stark gekürzte, im Hinblick auf die *Punctuated Equilibrium Theory* abgeänderte Fassungen. Die ungekürzten Versionen der acht Fallstudien können auf der Website des Instituts für Politikwissenschaft ([www.ipz.unizh.ch/publikationen/evalstud/\\_pdf/fallstudien.pdf](http://www.ipz.unizh.ch/publikationen/evalstud/_pdf/fallstudien.pdf)) eingesehen werden.

besondere Abschlüsse von Leistungsaufträgen zwischen staatlichen Behörden und NGOs. Eine Veränderung regulatorischer Art liegt auch dann vor, wenn die Zuständigkeit für das Aidsdossier innerhalb der Behörden von einer Verwaltungseinheit zu einer anderen wechselt.

Aus bereits genannten Gründen erfolgt schliesslich in diesem zweiten Unterkapitel auch eine Darstellung über die Entwicklung der Ressourcen in der Normalisierungsphase.

## **6.1 Aidspolitik auf der nationalen Ebene**

Das die nationale HIV/Aids-Politik dominierende *policy monopoly* setzt sich aus einer Reihe staatlicher und nicht-staatlicher Akteure zusammen. Auf der staatlichen Ebene waren es zum Zeitpunkt der Datenerhebung verschiedene Sektionen bzw. Fachstellen der Facheinheit Sucht und Aids innerhalb des Bundesamtes für Gesundheit, die sich mit aidsrelevanten Themen auseinandersetzten. Die wichtigste Stelle ist dabei die Sektion Aids, die sich ausschliesslich mit dieser Thematik beschäftigt. Auf der nicht-staatlichen Ebene ist in erster Linie die Aids-Hilfe Schweiz (AHS) zu erwähnen, die auf der nationalen Ebene neben weiteren Aufgabenbereichen insbesondere verschiedene Präventionsprojekte koordiniert und weiterentwickelt. Die zweite nationale Aidsorganisation in der Schweiz, die per Ende 2003 aufgelöste Aids Info Docu, nahm – wie der Name schon zum Ausdruck bringt – vor allem dokumentarische Aufgaben wahr, und fungierte nicht direkt als Trägerorganisation von Präventionsangeboten.

In den folgenden Ausführungen werden die wichtigsten Akteure des schweizerischen Aids-*monopoly* mit ihren entsprechenden Aufgabenbereichen und Angeboten kurz vorgestellt; zuerst die staatlichen, im Anschluss daran die nicht-staatlichen Akteure.

### **6.1.1 Die wichtigsten Akteure im Präventionsbereich**

#### **6.1.1.1 Bundesamt für Gesundheit (BAG)**

Auf der nationalen Ebene ist das Bundesamt für Gesundheit (BAG) für das Aidsdossier zuständig. Verschiedene Sektionen bzw. Fachstellen innerhalb der Facheinheit Sucht und Aids beschäftigen sich zu einem unterschiedlichen Grad mit dem Thema HIV und Aids. Im Folgenden ein kurzer Überblick derjenigen Verwaltungseinheiten, die sich mit dem präventiven Aspekt von Aids beschäftigen.<sup>56</sup>

---

<sup>56</sup> Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf den Zeitpunkt der Datenerhebung im Jahre 2003. Unterdessen hat sich das BAG einer Reorganisation unterzogen.



#### *a) BAG – Sektion Aids*

Die Sektion Aids bestimmt, in Zusammenarbeit mit den kantonalen Gesundheitsbehörden, verschiedenen Partnerorganisationen und anderen Bundesstellen, die strategische Ausrichtung der HIV/Aids-Arbeit in der Schweiz. Die Sektion Aids ist zudem für die Vertragsausarbeitung mit ihrer wichtigsten Partnerorganisation auf der nationalen Ebene, der Aids-Hilfe Schweiz, verantwortlich. Die Aids-Fachstelle ist verantwortlich dafür, die Koordination mit anderen Bundesstellen sicherzustellen, Doppelspurigkeiten zu vermeiden und den effizienten Einsatz von Ressourcen zu fördern. Die Umsetzung des aktuellen HIV/Aids-Programmes wird mittels eines regelmässigen Austausches mit den Kantonsbehörden und privaten Dachorganisationen überprüft.<sup>57</sup>

#### *b) BAG – Sektion Kampagnen und Marketing*

Die Sektion Kampagnen und Marketing trägt die Hauptverantwortung für die nationale STOP AIDS-Kampagne. Die 1987 erstmals lancierte STOP AIDS-Kampagne hat zum Ziel, die allgemeine Bevölkerung zu erreichen, um die Risikowahrnehmung, die entsprechende Verhaltensanpassung und die Schutzmassnahmen jedes Einzelnen zu stärken. Die Kampagnen basieren auf einer sogenannten Sockel-Buckel-Strategie, d.h. sie streben einerseits ein Dauergeräusch an, welches Aids das ganze Jahr hindurch thematisiert, andererseits werden jedes Jahr einige Schwerpunkte für spezielle Botschaften definiert. Daraus resultiert eine Multimediastrategie, wobei dem Plakat immer ein zentraler Stellenwert zukam.<sup>58</sup>

#### *c) BAG – Fachstelle Migration und Gesundheit*

Das BAG setzt sich bereits seit Anfang der 90er Jahre für die Gesundheitsförderung in der Schweiz lebender MigrantInnen ein. Das Projekt Migration und Gesundheit (PMG) richtete sich in einer ersten Phase von 1991 bis 1993 vor allem an die Bevölkerungsgruppen aus Spanien, Portugal und der Türkei, später auch an Migrantengemeinschaften aus Lateinamerika, Afrika und Sri Lanka und war sehr stark auf die HIV/Aids-Prävention ausgerichtet. Das Angebot des Projektes umfasste ein Netz von MediatorInnen und MultiplikatorInnen, die Lancierung, Unterstützung und Begleitung von Projekten, die Vermittlung zwischen Behörden und spezialisierten Diensten zwecks Integration von MigrantInnen und Präventionsaktivitäten sowie die Erarbeitung und Anpassung von Präventionsbotschaften und –strategien an die migrationsspezifischen Lebenswelten. Neuerdings widmete sich das

---

<sup>57</sup> Im August 2003 waren in der Sektion Aids acht MitarbeiterInnen beschäftigt, die sich 570 Stellenprozente teilten.

<sup>58</sup> Zum Zeitpunkt der Datenerhebung wurden in der Sektion Kampagnen und Marketing rund 130 Stellenprozente für die STOP AIDS-Kampagne eingesetzt. Das Budget für die Kampagne betrug 2003 2.75 Mio. Franken.

BAG vermehrt den MigrantInnen aus Ländern südlich der Sahara und betrachtete diese Zielgruppe aufgrund der hohen Prävalenz als Priorität.<sup>59</sup>

#### *d) BAG – Bildung + Gesundheit – Netzwerk Schweiz*

Aus dem Anliegen heraus, das Thema HIV/Aids-Prävention in der Schule zu stärken, wurde 1992 das Projekt *Santé Jeunesse* lanciert, das vom BAG in Zusammenarbeit mit der Erziehungsdirektorenkonferenz (EDK) mandatiert wurde. 1996 stellte dasselbe Gespann das Rahmenprogramm Schule und Gesundheit auf die Beine. Im Rahmen dieses Programms wurden 33 Projekte unterstützt, die mit Ausnahme eines einzigen alle zu Ende geführt und evaluiert wurden. Seit einiger Zeit ist HIV/Aids-Prävention an Schulen ein Bestandteil des umfassenden Themas Sexualerziehung, das ins BAG-Rahmenprogramm Bildung und Gesundheit – Netzwerk Schweiz integriert wurde. Der für die Programmleitung zuständige Mitarbeiter ist der Fachstelle Gesundheitsförderung und Prävention angegliedert. Das BAG übernimmt die Funktion des Auftraggebers, entscheidet über die Umwetzung, setzt Prioritäten, bietet fachliche Unterstützung an und stellt die finanziellen Ressourcen bereit.

#### **6.1.1.2 Aids-Hilfe Schweiz (AHS)**

Als wichtigste Partnerorganisation steht dem BAG die 1985 gegründete Aids-Hilfe Schweiz (AHS) zur Seite. Das Ziel der AHS besteht darin, Neuinfektionen mit HIV zu verhindern, die Lebensqualität von Betroffenen und deren Angehörigen zu verbessern sowie die gesellschaftliche Solidarität mit Menschen, die von HIV/Aids betroffen sind, zu fördern. Der AHS gehören 21 kantonale bzw. regionale Antennen sowie 22 Kollektivmitglieder an. Die AHS ist u.a. für die schweizweite Koordination und Weiterentwicklung verschiedener Präventionsprojekte zuständig, die von den jeweiligen Antennen umgesetzt werden. Im Folgenden werden die wichtigsten von der AHS koordinierten Präventionsprojekte kurz vorgestellt<sup>60</sup>:

- *Schulprojekt*: Das Schulprojekt der AHS wurde 1991 von der Organisation P.W.A. Schweiz<sup>61</sup> lanciert und wird seit 1997 von der AHS geleitet. Im Rahmen des Schulprojektes findet eine direkte Begegnung zwischen Menschen mit HIV/Aids und SchülerInnen statt. Indem betroffene Menschen das HI-Virus in ihren eigenen, ganz persönlichen Kontext stellen, ermöglichen sie eine differenzierte Sicht der verschiedenen Realitäten, die mit HIV/Aids gelebt werden. Die Kenntnisse der SchülerInnen sollen dabei auf den jeweils neusten Stand gebracht und die Präventionsbotschaft vermittelt werden. In enger

---

<sup>59</sup> Im Juli 2003 verfügte die Fachstelle Migration und Gesundheit über 390 Stellenprozent, die sich fünf MitarbeiterInnen aufteilten.

<sup>60</sup> Quelle: [www.aids.ch](http://www.aids.ch); Interviewprotokolle.

<sup>61</sup> People living with HIV/Aids.

Zusammenarbeit mit Präventionsfachleuten wird das Projekt als komplementärer Ansatz genutzt, der verschiedene Facetten der HIV-Problematik beleuchtet.<sup>62</sup>

- *Aidsprävention im Sexgewerbe (APiS)*: Mit dem APiS-Angebot sollen insbesondere Prostituierte aus dem Ausland, sogenannte *Migrant Sexworker*, erreicht werden. Diese sollen mit den Risiken im Bereich HIV/Aids und anderer sexuell übertragbarer Krankheiten vertraut und in die Lage versetzt werden, entsprechende Schutzmassnahmen umzusetzen (Verhaltensprävention). Das Ziel der Verhältnisprävention besteht darin, den Sexarbeiterinnen medizinische und juristische Basisinformationen zu vermitteln. Zudem sollen die *Migrant Sexworker* befähigt werden, sich in gesundheitlichen, sozialen und juristischen Belangen an die entsprechenden Fachpersonen zu wenden. Zusätzlich soll die Entscheidungsmacht der Prostituierten in Bezug auf ihre eigene Lebenssituation gestärkt werden. Die Umsetzung der präventiven Massnahmen erfolgt durch Mediatorinnen, Frauen aus demselben kulturellen und sprachlichen Hintergrund wie die Prostituierten. Insgesamt arbeiten in der Schweiz rund 30 Mediatorinnen im Rahmen von APiS. Im Jahre 2003 wurde APiS in 14 Regionen der Schweiz sowie in Liechtenstein in den meisten Fällen durch regionale AHS-Antennen umgesetzt.
- *Amorix*: Ende Juli 2003 wurde von der AHS und der Schweizerischen Stiftung für sexuelle und reproduktive Gesundheit (PLANeS) beim BAG und der EDK ein Konzept für den Aufbau und die Etablierung eines nationalen Kompetenzzentrums im Bereich Bildung und sexuelle Gesundheit eingereicht. Während der Aufbauphase, die bis September 2006 geplant ist, soll sich Amorix vorerst auf zwei thematische Schwerpunkte konzentrieren: 1) Aufbau einer nationalen Informations- und Koordinationsdrehscheibe und Anlaufstelle für Fragen von Lehr- und Fachpersonen, Schulen, Jugendlichen und weiteren Interessierten rund um das Thema sexuelle Gesundheit. 2) Sexualerziehung, sexuelle und reproduktive Gesundheit sowie Aidsprävention sollen in allen Kantonen verbindlich in die Lehrpläne aufgenommen und in allen Schulen umgesetzt werden.
- *Male Sex Work (MSW)*: Dieses AHS-Projekt richtet sich an männliche Sexarbeiter und deren soziales Umfeld. Es wird von der AHS auf nationaler Ebene koordiniert und wurde im Jahre 2003 in den Städten Basel, Genf, Luzern und Zürich angeboten. Im Rahmen des MSW-Projektes wird vor allem mit Streetworkern gearbeitet, die ihr Zielpublikum an den entsprechenden Orten mit Präventions- und Informationsmaterial versorgen. In persönlichen Gesprächen werden Kontakte zu Fachstellen vermittelt sowie psychologische Beratung und Begleitung angeboten. Ein wichtiges Medium für die Vermittlung präventiver Botschaften ist eine eigene Broschüre, die den Titel *Strichzone* trägt. Die in verschiedene Sprachen übersetzte Broschüre vermittelt in direkter, szenenaher Sprache wichtige Informationen über Gesundheit, Safer Sex, Recht etc. Zudem betreibt die AHS

---

<sup>62</sup> Seit 1991 haben mehr als 2000 Klassen von verschiedenen Schulen und anderen Institutionen das Angebot des Schulprojektes in Anspruch genommen.

eine eigene Homepage, auf der die verschiedensten Informationen rund um das Thema männliche Sexarbeit vermittelt werden.<sup>63</sup>

- *Don Juan*: Das Don Juan-Projekt richtet sich in erster Linie an die Zielgruppe der Sexkonsumenten. Das im Sommer 1997 erstmals lancierte Projekt versucht, mittels verschiedener Instrumente Freier anzusprechen und sie für die HIV/Aids-Prävention zu sensibilisieren. Zentrales Element des Projektes ist die Face-to-Face Freierbildung, die direkte Gespräche zwischen speziell dafür geschulten Männern und Frauen – sogenannten EdukatorInnen – und Freiern im Milieu beinhaltet. Solche Freierbildungsaktionen finden sehr konzentriert, in der Regel an fünf aufeinanderfolgenden Abenden statt. Zum Projektkatalog gehört auch eine eigene Website, wo Informationen zu den sexuell übertragbaren Krankheiten vermittelt werden und wo sich der Benutzer einem Freiertest unterziehen kann.

#### **6.1.1.3 Schweizerisches Tropeninstitut/Schweizerisches Rotes Kreuz**

Das Schweizerische Tropeninstitut (STI) und das Schweizerische Rote Kreuz (SRK) waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung gemeinsam für die Durchführung des vorerst auf zwei Jahre befristeten Pilotprojektes HIV/Aids-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen zuständig.<sup>64</sup> Die Hauptzielgruppe des Pilotprojektes umfasst Sub-Sahara-MigrantInnen in den Städten Genf, Lausanne und Zürich aus den in der Schweiz am stärksten vertretenen afrikanischen Gemeinschaften aus Somalia/Äthiopien, Kongo/Angola sowie Westafrika. Die sozialen Netzwerke dieser Gemeinschaften zeichnen sich durch informelle Kontakte über Schlüsselpersonen auf der Grundlage eines Vertrauensverhältnisses aus. Deshalb kommt in der Präventionsarbeit bei Sub-Sahara MigrantInnen der Zusammenarbeit mit Organisationen und Schlüsselpersonen eine zentrale Bedeutung zu. Die mündliche Kommunikation über den direkten Kontakt mit MediatorInnen sowie Radiosendungen stehen deshalb im Zentrum der Präventionsarbeit. Daneben sind mit Diskussionen begleitete Videovorführungen geplant. Die Promotion von Kondomen, verbunden mit Informationen über Bezugsquellen und Anwendungsinstruktionen, soll dabei ins Zentrum der Präventionsarbeit gestellt werden.

---

<sup>63</sup> Im Jahre 2002 fanden im Rahmen des MSW-Projektes gesamtschweizerisch 7214 Kontakte mit der Zielgruppe statt.

<sup>64</sup> Die budgetierten Gesamtkosten beliefen sich auf rund 600'000 Franken. Daran beteiligte sich das BAG mit 500'000 Franken. Die restlichen 100'000 Franken wurden mit Eigenmitteln der umsetzenden Organisationen finanziert.

### **6.1.2 Die Funktionsweise von HAART innerhalb des schweizerischen Gesundheitssystems**

Die Behandlung von HIV mit einer wirksamen antiretroviralen Kombinationstherapie erfolgt entweder durch ein spezialisiertes, der Schweizerischen Kohortenstudie angeschlossenes Universitäts- bzw. Kantonsspital oder durch irgendein anderes Kantonsspital der Schweiz. Ende 2000 existierten in der Schweiz sieben spezialisierte Behandlungszentren in den Städten Basel, Bern, Genf, Lausanne, Lugano, St. Gallen und Zürich. Zusätzlich kann die Behandlung auch durch allgemeinpraktizierende ÄrztInnen erfolgen. Die anfallenden Kosten werden vollumfänglich von der Krankenversicherung übernommen.

Eine wichtige Rolle im Bereich von HAART spielt die Fachkommission Klinik und Therapie (FKT) der Eidgenössischen Kommission für Aids-Fragen (EKAF). Die FKT gibt seit 1998 laufend aktualisierte Empfehlungen zur antiretroviralen HIV-Therapie ab. Daneben werden Empfehlungen zur HIV-Exposition im Medizinalbereich, zur Post-Expositions-Prophylaxe (PEP), für die antiretrovirale Behandlung während der Schwangerschaft etc. publiziert. Die Publikation erfolgt jeweils im BAG-Bulletin.

Im Bereich der klinischen Forschung ist die Schweizerische HIV-Kohortenstudie (*Swiss HIV Cohort Study*, SHCS) zu erwähnen, die vom Schweizerischen Nationalfonds finanziert wird (Flepp 2000). Die seit 1988 betriebene SHCS ist, abgesehen von der europäischen EUROSIDA-Kohorte, die weltweit grösste ihrer Art. Betrieben wird sie in Zusammenarbeit mit HausärztInnen von den sieben HIV-Behandlungszentren der Schweiz. Im Rahmen der SHCS werden epidemiologische, klinische und laborspezifische Daten von HIV-Infizierten erfasst. Bisher wurden die Daten von über 11'000 Menschen gesammelt. Diese Zahl entspricht 70% der dem BAG gemeldeten Fälle, weshalb die Studie als repräsentativ gilt. Das oberste Ziel der SHCS besteht darin, die Behandlungsqualität für Menschen mit HIV und Aids zu verbessern. Zudem trägt die SHCS dazu bei, eine gesamtschweizerische *Unité de Doctrine* zu etablieren.

### **6.1.3 Weitere Akteure**

#### **6.1.3.1 Eidgenössische Kommission für Aids-Fragen (EKAF)**

Die Eidgenössische Kommission für Aids-Fragen (EKAF)<sup>65</sup> wurde im Jahre 1988 installiert. Sie setzt sich aus 15 Mitgliedern zusammen, die vom Bundesrat für eine Legislaturperiode von vier Jahren gewählt werden. Im bis Ende 2003 laufenden Mandat der EKAF wurde deren Rolle als Beraterin, als Vermittlerin von Fachexpertise zu HIV/Aids und verwandten Fragestellungen sowie als „Hüterin“ umschrieben. Die Hauptaufgabe der EKAF

---

<sup>65</sup> Quellen: [www.ekaf.ch](http://www.ekaf.ch); Bundesamt für Gesundheit (2003).

besteht darin, das BAG sowie weitere Akteure bei der Umsetzung des Nationalen HIV/Aids-Programmes in strategischer wie fachlicher Hinsicht zu unterstützen. Zusammen mit dem BAG setzt sich die EKAF insbesondere für einen besseren Zugang von HIV-positiven und aidskranken Menschen zu Betreuung und Beratung, Therapie und Pflege ein.

In der Plenarversammlung der EKAF werden aktuelle Fragen aus dem HIV/Aids-Bereich diskutiert, die in der Regel durch die drei EKAF-Arbeitsgruppen (Migration und Entwicklungsländer, Prävention, Solidarität) vorbereitet werden. Aus den Reihen der EKAF wurden zudem zwei Fachkommissionen gebildet, die Fachkommission Klinik und Therapie (FKT) sowie die Fachkommission Labor und Diagnostik (FLD). In Zusammenarbeit mit diesen beiden Kommissionen formuliert und propagiert die EKAF Richtlinien und Empfehlungen für die Beratung, Therapie, therapieunterstützende Diagnostik und Pflege von Menschen mit HIV und Aids.

#### **6.1.3.2 Aids Info Docu (AID)**

Die aus Spargründen per Ende 2003 geschlossene Aids Info Docu (AID) war ein nationales Informations- und Dokumentationszentrum zu HIV und Aids. Die AID hat sich zum Ziel gesetzt, Informationen zum Stand und zur Entwicklung der Erkenntnisse bei HIV/Aids zu geben, die Reflexion und Diskussion anzuregen, den verschiedenen Akteuren im Aidsbereich und den Betroffenen ein Forum zu bieten, durch beständige sachliche Information Ängste und Vorurteile abzubauen, Wissen über Schutzmöglichkeiten zu vermitteln und die Handlungskompetenz des einzelnen in Risikosituationen zu stärken, die Verbindung von Aids und Schuldzuweisung aufzulösen und die Akzeptanz der Betroffenen zu fördern.

Die AID verschickte sämtliche Materialien der STOP AIDS-Kampagne und verarbeitete Tausende von Anfragen und Recherchen. Das von der AID herausgegebene Magazin ‚Aids Infothek‘ war im deutschsprachigen Raum die einzige regelmässig erscheinende Fachzeitschrift zu HIV und Aids. Besonders der Serviceteil der ‚Aids Infothek‘, der eine umfassende Übersicht neuer Publikationen und viele Rezensionen beinhaltete, war in Fachkreisen sehr beliebt. Die von der AID betriebene Website Aidsnet stellte als Schweizer Web-Portal zu HIV/Aids wichtige Ressourcen zur Verfügung.

In der nachstehenden Tabelle werden die wichtigsten Angebote auf Bundesebene noch einmal summarisch aufgeführt.

**Tabelle 4: Die wichtigsten Angebote in den Bereichen Prävention und Therapie auf Bundesebene (Stand 2003)**

	BAG	AHS	SRK/STI	EKAF-FKT
<i>Migration</i>	-STOP AIDS: migrationsspezifische Plakate -Broschüre „Was bedeutet HIV und Aids?“ (in 14 Spra- chen)	40%-Stelle für div. Pro- jekte (z.B. Radio Somalia)	-HIV/Aids-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen -SRK: Fachstelle Migration und Ge- sundheit	
<i>Schule</i>	-Lehrmittel „sexuelle und reprodukte Ge- sundheit (in vier Sprachen)	-Schulprojekt -Amorix		
<i>Prostitution</i>		-APiS -MSW (inkl. eigener Ho- mepage) -Don Juan (inkl. eigener Homepage)		
<i>Counselling</i>	-„HIV-aktuelles Wissen zu Test und Diagnostik“ -„Informationen zum HIV-Test“ (in drei Sprachen)	Online-Sprechstunde		
<i>STOP AIDS</i>	-Plakatkampagne -www.stopaids.ch			
<i>HAART</i>	Hrsg. versch. Bro- schüren	-„Bereit für die Therapie? Ein Wegweiser zur erfolg- reichen Kombina- tionsbehandlung gegen HIV“ -medizin. Beratung -Online-Sprechstunde -Swiss Aids News -Ringordner „Leben mit HIV und Aids“		Therapieempfehlungen

#### 6.1.4 Das policy image in der Normalisierungsphase

Die Beziehungen zwischen dem präventiven und dem klinischen Bereich sind auf der nationalen Ebene eher durch ein Nebeneinander als ein Miteinander geprägt. Der Grund dafür ist darin zu suchen, dass der gegenseitige Austausch, der eigentlich durch die EKAF gewährleistet werden sollte, dadurch in Frage gestellt wird, dass der medizinische Bereich innerhalb der EKAF sich in zwei Fachkommissionen abgespalten hat (vgl. Ausführungen

weiter oben). Zudem ist die Bedeutung der beiden Bereiche höchst unterschiedlich. Zahlen zeigen, dass bei den Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen nur gerade 2% auf das Konto ‚Prävention‘ entfallen (Somaini 2004) (vgl. Abbildung 21). Die Beziehungen zwischen dem Präventionsbereich und dem klinischen Bereich werden denn auch von einem Gesprächspartner aus dem BAG folgendermassen charakterisiert:

„Die beiden Sektoren haben gar nichts miteinander zu tun, sie hatten noch nie etwas miteinander zu tun und werden wahrscheinlich auch nie etwas miteinander zu tun haben.“

Diese Situation sollte aber nicht dahingehend interpretiert werden, dass zwischen den beiden Bereichen ein ideeller Konflikt vorhanden ist. Das bis anhin in der Aidspolitik vorherrschende *policy image* stösst weiterhin auf breite Akzeptanz. Die Errungenschaften von *New Public Health* werden auch von VertreterInnen der klassischen Schulmedizin gewürdigt und in keiner Weise in Frage gestellt. Allen Beteiligten ist klar, dass es nach wie vor einfacher und günstiger ist, HIV-Infektionen zu verhindern als sie mit teuren Medikamenten zu behandeln. Eine Person aus dem Präventionsbereich äussert sich zu dieser Thematik folgendermassen:

„Die Mediziner, die im HIV/Aids-Bereich arbeiten, [...] siedeln den Stellenwert der Prävention sehr hoch an. Diesbezüglich beobachte ich keine Ausspielereien der verschiedenen Akteure, im Gegenteil: es wird gut zusammengearbeitet.“ Eine weitere Person ist der Überzeugung, „die Wichtigkeit der Prävention ist inzwischen relativ breit und gut akzeptiert. Noch vor 20 Jahren wäre das anders gewesen.“

Auch Verteilungskonflikte sind keine vorhanden, da die beiden Bereiche aus völlig unterschiedlichen Kassen finanziert werden. Ressourcenkürzungen im Präventionsbereich sind denn auch nicht auf Umverteilungen zugunsten des klinischen Bereiches, sondern auf Umverteilungen zugunsten anderer Präventionsbereiche zurückzuführen.

Diese Ausführungen verdeutlichen, dass trotz den enormen medizinischen Fortschritten in der Behandlung von HIV/Aids das in der schweizerischen Aidspolitik dominierende *policy image* – zumindest auf der nationalen Ebene – noch keinen Schaden genommen hat. Der von verschiedenen Autoren postulierte Niedergang von *New Public Health* ist bis jetzt nicht eingetreten.

### **6.1.5 Der policy venue in der Normalisierungsphase**

In der Untersuchungsperiode waren bzw. sind zwei HIV/Aids-relevante Bereiche besonders stark von strukturellen Veränderungen betroffen. Es handelt sich um die beiden Bereiche Schule und Migration. Führt man sich die drei Normalisierungsszenarien Rückzug, Stabilisierung sowie Generalisierung vor Augen (Kühler, Neuenschwander et al. 2002), so findet



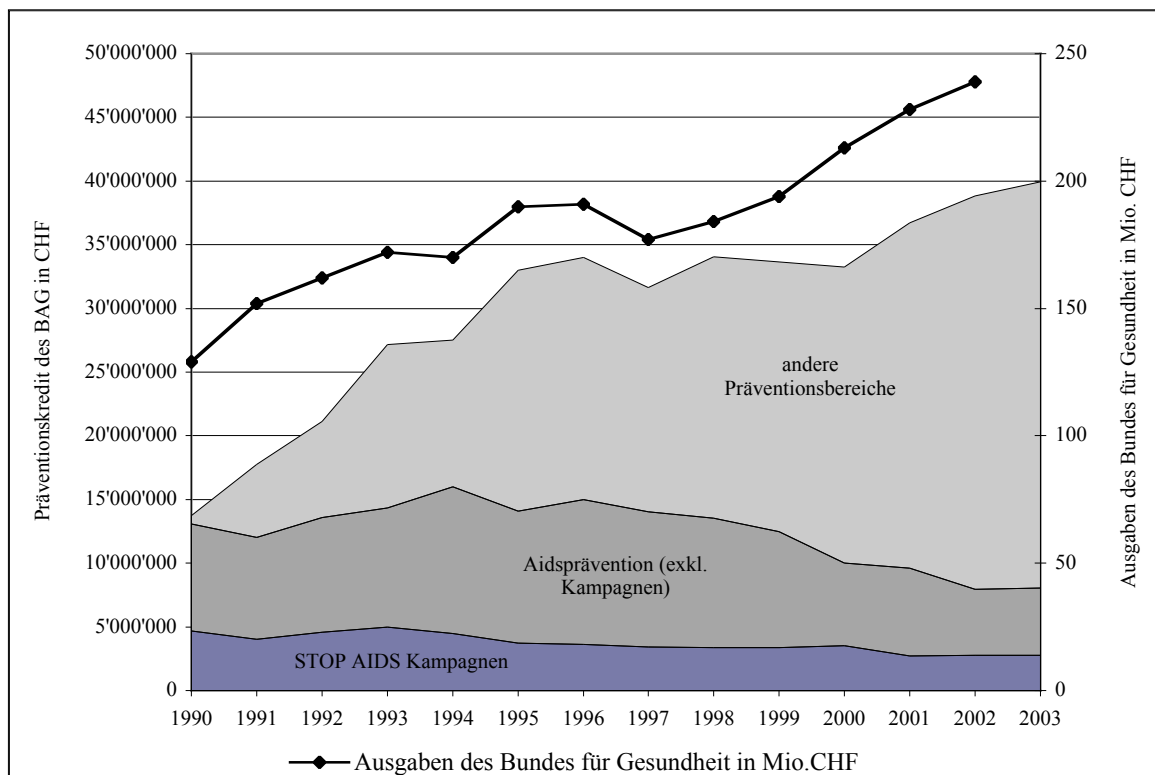
im Bereich Schule momentan ein eigentlicher Generalisierungsprozess statt. Seit 1999 sind Bestrebungen im Gange, die HIV/Aids-Prävention sowie die Sexualerziehung an Schulen auf nationaler Ebene zu koordinieren und zu unterstützen. Zu diesem Zweck soll ein Kompetenzzentrum sexuelle Gesundheit installiert werden, mit dessen Aufbau zum Zeitpunkt der Datenerhebung die AHS zusammen mit HAART beschäftigt waren. Ob dieses Setting die Qualität der Aidsprävention im Erziehungsbereich verbessern wird, bleibt abzuwarten. Sicher ist, dass es bis zur Implementierung des Vorhabens noch viele Hürden zu überwinden gilt und dass der Erfolg dieses Unterfangens alles andere als garantiert ist. Sicher ist aber auch, dass HIV und Aids in den Schulen nach wie vor ein Thema sein wird, wenn auch je nach Kanton, Region bzw. einzelner Schule mit unterschiedlicher Gewichtung.

Auch im Migrationsbereich war in den letzten Jahren vieles im Wandel. Während rund zehn Jahren wurde Aidsprävention für MigrantInnen im Rahmen des Projektes Migration und Gesundheit (PMG) betrieben. Schwierigkeiten in der Projektorganisation und verwaltungsinterne Reorganisationen des BAG (1996 wurde das Thema ‚Migration und Gesundheit‘ durch den Dienst Migration strukturell verankert) stellten die Präventionsarbeit vor grosse Herausforderungen. Mit der Ausarbeitung einer bundesweiten Gesamtstrategie Migration und Gesundheit wurde das PMG im Jahre 2002 schliesslich beendet. Als Folge davon findet Aidsprävention für MigrantInnen zur Zeit fast ausschliesslich für die Zielgruppe Sub-Sahara MigrantInnen statt. Ob in Zukunft wieder vermehrt andere Bevölkerungsgruppen erreicht werden sollen, wird sich erst zeigen müssen.

Aus diesen strukturellen Veränderungen lässt sich aber keineswegs auf einen Politikwandel im Sinne der *Punctuated Equilibrium Theory* schliessen. Es geht dabei vielmehr darum, die Aidsprävention in bestimmten Bereichen in einem inkrementalistischen Sinne weiterzuentwickeln und dafür neue Strukturen bereitzustellen. Von einer grundsätzlichen strukturellen Veränderung kann keine Rede sein.

Auch aus der Entwicklung der für Aidsprävention bereitgestellten Mittel lässt sich kein *policy change* ableiten, obschon es verschiedene, von den befragten Fachleuten bestätigte Hinweise dafür gibt, dass die Ressourcen in der Untersuchungsperiode unter Druck geraten sind (vgl. Abbildung 4). Für die Abnahme der im Aidsbereich eingesetzten Ressourcen wurden zwei Gründe verantwortlich gemacht. Zum einen habe die eingetretene Normalisierung im Aidsbereich dazu geführt, dass der Aidsprävention nicht mehr dieselbe Aufmerksamkeit zuteil werde wie noch anfangs der 90er Jahre. Zum anderen hinterlasse der Spar- und Druck in der Bundesverwaltung auch bei der Aidsprävention seine Spuren.

**Abbildung 4: Entwicklung des Aidspräventionskredits des BAG 1990 – 2003<sup>66</sup>**



Quelle: Staatsrechnung 1990-2003; [www.bag.admin.ch](http://www.bag.admin.ch).

Aus Abbildung 4 wird ersichtlich, dass der Präventionskredit des BAG und die Gesamtausgaben des Bundes für Gesundheit in den letzten zehn Jahren stetig zugenommen haben. Die BAG-Ausgaben für Aidsprävention sind jedoch seit 1996 stark gesunken. Diese Abnahme kann jedoch nicht mit einer Verlagerung der Gelder hin zum klinischen Bereich erklärt werden. Denn die Prävention von HIV/Aids und die entsprechende Behandlung wird aus zwei unterschiedlichen Kassen finanziert: eine Tatsache, die Verteilungskämpfe eher unwahrscheinlich werden lassen. Zudem macht es auch aus sozioökonomischen Überlegungen keinen Sinn, die Prävention zugunsten der klinischen Medizin zu vernachlässigen. Die Verhinderung einer HIV-Ansteckung ist viel kostengünstiger als eine Behandlung derselben.

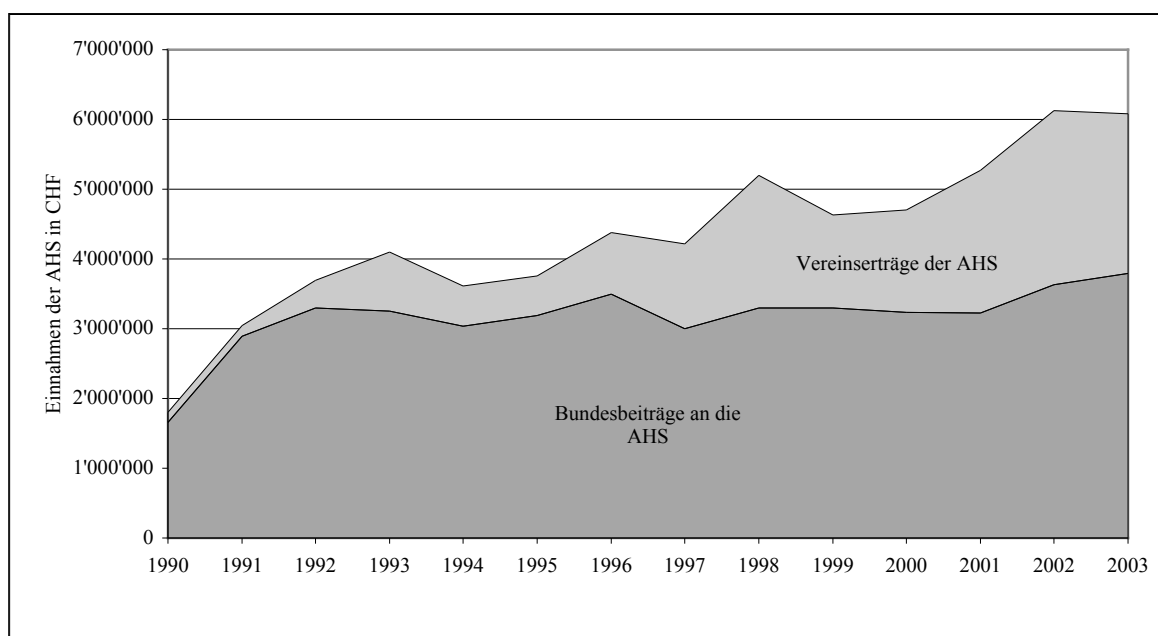
Bis jetzt hat die Abnahme der öffentlichen Mittel für die Aidsprävention noch nicht zu einer Reduktion des Angebots in den untersuchten Bereichen geführt. Jedoch musste aufgrund des Spardrucks die Aids Info Docu geschlossen werden. Zudem sind die umsetzen-

<sup>66</sup> In Abbildung 4 werden nur die Zahlen des BAG-Präventionskredites dargestellt. Ausgaben anderer Bundesstellen (z.B. Bundesamt für Sozialversicherungen, Bundesamt für Sport), die teilweise oder ganz für Aidsprävention vorgesehen sind, werden nicht berücksichtigt. In einer europäischen Vergleichsstudie wird denn auch festgehalten, dass sich in der Schweiz die finanziellen Ressourcen im Bereich der Aidsprävention bisher nicht vermindert hätten (Balthasar, Spencer et al. 2002).

den Akteure nach eigenen Angaben nicht mehr in der Lage, neue Projekte und Ansätze zu entwickeln und auszuprobieren; sie sind vielmehr mit der Bewahrung des bisher Erreichten beschäftigt.

Wie die nachfolgende Abbildung verdeutlicht, hatten die Kürzungen des Aidspräventionskredits des BAG bis jetzt kaum negative Folgen für die Aids-Hilfe Schweiz. Die AHS erhielt 1996 Bundesbeiträge in der Höhe von knapp 3.5 Mio. Franken. Im Jahre 2003 erreichten die Bundessubventionen rund 3.8 Mio. Franken. Aus Abbildung 5 geht ebenfalls hervor, dass die AHS ihre Vereinserträge kontinuierlich steigern konnte. Im Jahre 2003 betrugen sie ca. 2.3 Mio. Franken. Insgesamt haben die Einnahmen der AHS somit real um rund 30% zugenommen!

**Abbildung 5: Entwicklung der Einnahmen der AHS 1990 – 2003**



Quelle: Jahresberichte der AHS 1990-2003.

### 6.1.6 Fazit

Die oben stehenden Ausführungen verdeutlichen, dass die nationale Aidsbekämpfungsstrategie trotz der in diesem Bereich eingetretenen Normalisierung noch keine Risse bekommen hat. Dass weitere Bemühungen im Präventionsbereich vonnöten sind, wird auch von den Akteuren des klinischen Bereichs anerkannt. Insofern bildet das den Aidsbereich dominierende *policy image* nach wie vor einen zentralen und unbestrittenen Bestandteil der nationalen Aidspolitik. Im Bereich des *policy venue* sind in der Normalisierungsphase durchaus einige strukturelle Veränderungen zu beobachten. So ist zum Beispiel die neben

der AHS zweite nationale Aidsorganisation – die Aids Info Docu – aus Spargründen geschlossen worden. Zudem fanden in den Bereichen Migration und Schule einige wesentliche Strukturanpassungen statt mit dem Ziel, aidspräventive Massnahmen in diesen Bereichen besser zu verankern. Die Ressourcenentwicklung bei den zwei wichtigsten Akteuren in der Aidspolitik läuft in entgegengesetzter Richtung. Während die Sektion Aids des BAG seit Mitte der 90er Jahre zulasten anderer Präventionsbereiche wie Alkohol und Tabak empfindliche Einbussen bei der Aidsprävention hinnehmen musste, konnte die AHS sowohl die Bundesbeiträge wie auch ihre Gesamterträge deutlich steigern. All diese Entwicklungen deuten darauf hin, dass zwar in der nationalen Aidspolitik einiges in Bewegung geraten ist, dass aber keine Hinweise auf einen tiefgreifenden Politikwandel im Sinne eines positiven Feedback-Prozesses zu erkennen sind.

## 6.2 Aidspolitik im Kanton Genf

Der Kanton Genf gilt als der von der Aidsproblematik am stärksten betroffene Kanton in der Schweiz. Mit 925 positiven Tests pro 100'000 EinwohnerInnen zwischen 1985 und 2001 liegt der Westschweizer Kanton klar auf dem unrühmlichen ersten Platz. Auch bei den Aidsfällen pro 100'000 EinwohnerInnen ist der Kanton Genf mit 235.1 zwischen 1983 und 2003 diagnostizierten Fällen führend (Bundesamt für Gesundheit 2002).

Das im Aidsbereich dominierende *policy monopoly* setzt sich aus einer Reihe staatlicher und nicht-staatlicher Akteure zusammen. Auf der staatlichen Ebene sind zwei Departemente in die Aidsarbeit involviert, das *Département de l'Action Sociale et de la Santé* (DASS) sowie das *Département de l'Instruction Publique* (DIP). Auf Seiten der NGOs sind in erster Linie die *Groupe Sida Genève* (GSG), die Prostituiertenorganisation *Aspasie* sowie die Schwulenorganisation *Dialogai* zu erwähnen. Die im Kampf gegen HIV und Aids beteiligten Organisationen sind in der *CoGe* (*Coordination Genevoise des associations de lutte contre le sida*) vertreten. Neben den bereits erwähnten Akteuren gehören der *CoGe* folgende Organisationen an: *Ministère Sida*, *PVA-Genève* sowie die erst im Mai 2002 gegründete *Association Solidarité Femmes Africaines de Genève* (ASFAG), die sich in erster Linie um die Belange von HIV-positiven und aidskranken Frauen aus Afrika kümmert.

Die Angebotspalette des Kantons Genf in den untersuchten Bereichen kann tabellarisch folgendermassen zusammengefasst werden:

**Tabelle 5: Die wichtigsten Angebote in den Bereichen Prävention und Therapie im Kanton Genf auf einen Blick(Stand: 2003)**

Bereiche/Träger	GSG	Aspasie	CSM <sup>67</sup>	HUG <sup>68</sup>	SSJ <sup>69</sup>
<i>Migration</i>	-projet parcs -Partnerorganisation von AFRIMEDIA	(APM) <sup>70</sup>	Informationss- und Präventionsmaterial		
<i>Schule</i>	-AHS-Schulprojekt -sporadische Projekte, z.B. le Sida, parlons-en (zusammen mit SSJ)				-Education sexuelle -sporadische Projekte, z.B. le Sida, parlons-en (zusammen mit GSG)
<i>Prostitution</i>	Don Juan	-APM -MSW			
<i>Counselling</i>	telefonische, persönliche, E-Mail-Beratungen			Prä- und Post-Test-Counselling	
<i>Plakatkampagne</i>	Aids-Tram				
<i>HAART</i>				HIV-Sprechstunde	

### 6.2.1 Das policy image in der Normalisierungsphase

Die Beziehungen zwischen dem präventiven und dem klinischen Bereich sind in Genf insofern speziell, als dass die für den klinischen Bereich der Aidsarbeit hauptverantwortliche Person auch im Präventionsbereich ein gewichtiges Wort mitzureden hat. Denn sie fungiert nach eigenen Angaben auch als Berater der DASS für alle Fragen, die den Aidsbereich betreffen und ist damit ein bisschen die graue Eminenz der Genfer Aidsarbeit. Diese aussergewöhnliche Rolle wird nicht von allen Befragten goutiert, wie das folgende Zitat einer im Präventionsbereich tätigen Person vor Augen führt:

„Pourquoi un médecin de l’hôpital tout à coup fait la coordination sida. [...] Et lui c’est un clinicien, il sera toujours un clinicien, ce n’est pas un spécialiste de santé publique. [...] Nous, on a critiqué plusie-

<sup>67</sup> Centre de santé migrants.

<sup>68</sup> Hôpitaux universitaire de Genève.

<sup>69</sup> Service de santé de la jeunesse.

<sup>70</sup> Aspasie Prévention Migrantes.

urs fois la coordination sida en disant c'est pas fait avec... il n'y a pas de vision par rapport à ça. C'est un peu du bricolage. Donc, c'est pas un très bon système.“

Abgesehen von dieser mit Kritik behafteten Rollenverteilung betrachten aber die Genfer Präventionsfachleute den klinischen Bereich eher als komplementär denn als Gegenspieler. Generell wird die Zusammenarbeit mit dem klinischen Sektor als gut eingeschätzt. So meint etwa eine Vertreterin von Aspasie:

„C'est vraiment un bon partenariat. On est complémentaire, donc il a assez peu d'enjeux de territoire, je dirais. Ce qu'on fait nous, ils ne font pas, ce que font eux, nous le faisons pas. [...] On n'est pas dans une histoire de concurrence [...].“

Es gibt keine Hinweise dafür, dass ein Ende des *New Public Health*-Ansatzes und damit des in der Aidspolitik dominierenden *policy image* in Genf zur Debatte steht. Im Gegenteil, das Präventionsprinzip soll in einem neuen kantonalen Gesundheitsgesetz, das sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch in der Vernehmlassung befand, explizit festgeschrieben werden. Hingegen gibt es zwischen den beiden Bereichen unterschiedliche Auffassungen in Bezug auf die Frage, welche Präventionsmassnahmen für welche Zielgruppen sinnvoll sind, und welche nicht. Der wichtigste Vertreter des klinischen Bereichs ist nämlich dezidiert der Meinung, dass der Bereich der weiblichen Prostitution in der Schweiz bei der Verbreitung von HIV praktisch keine Rolle spiele und verlangt deshalb die Überprüfung der Finanzierung entsprechender Angebote im Prostitutionsbereich. Diese Kontroverse hat bis jetzt aber nicht dazu geführt, einzelne Präventionsmassnahmen aus dem Angebotskatalog zu streichen.<sup>71</sup>

Verteilungskonflikte zwischen dem präventiven und klinischen Bereich werden als unrealistisch erachtet, da die beiden Bereiche aus unterschiedlichen Kassen finanziert werden. Ein Vertreter des klinischen Bereichs kommt denn auch zu folgendem Schluss:

„Das berührt uns überhaupt nicht, null. Mit dem [Präventionsbereich] haben wir budgetmässig nichts zu tun.“

### 6.2.2 Der policy venue in der Normalisierungsphase

Im Kanton Genf sind in der Normalisierungsphase verschiedene strukturelle und regulatorische Veränderungen zu beobachten. So wurde zum Beispiel bei der *Groupe Sida Genève* (GSG) zum Zeitpunkt der Datenerhebung beschlossen, den ganzen Schadenminderungsbereich auszulagern und in neue Strukturen überzuführen. Begründet wurde dieser Schritt

---

<sup>71</sup> Die Frage, ob sich diese Genfer Kontroverse zu einer gesamtschweizerische Debatte entwickeln könnte, wird in Kapitel 7.1.2 ausführlich diskutiert.

damit, dass sich die GSG wieder vermehrt auf ihr eigentliches Kerngeschäft Aids rückbesinnen wolle. Es wird befürchtet, dass mit der geplanten Eröffnung einer zweiten Anlaufstelle mit Injektionsraum das institutionelle Gleichgewicht aus den Fugen gerate. Zudem bestehe die Gefahr, dass man in der Öffentlichkeit nicht mehr als eigentliche Aidsorganisation wahrgenommen werde.

Eine weitere Veränderung regulatorischer Art betrifft den Wechsel der Trägerschaft des MSW-Projektes von Dialogai zu Aspasia. Gemäss Aussagen der befragten Aidsfachleute wurde dieser Wechsel nicht aufgrund irgendwelcher strategischer Überlegungen vollzogen, sondern wegen Führungsproblemen innerhalb von Dialogai. Diese Änderung habe zu einer institutionellen Stärkung von Aspasia geführt. Aspasia sei durch diesen Schritt zu einer eigentlichen Fachstelle für Prostitution geworden.

Innerhalb der für das Aidsdossier hauptverantwortlichen *Direction Générale de la Santé* hat eine Reorganisation stattgefunden. Der Kantonsärztliche Dienst, der in der Vergangenheit immer wieder Probleme verursachte, wurde aufgelöst. Das ganze Aufgabengebiet soll neu von verschiedenen Sektionen abgedeckt werden. Für die Aidsprävention sind von dieser Reorganisation keine Auswirkungen zu erwarten. Der dafür zuständige Verwaltungsangestellte ist jetzt Leiter der neugeschaffenen *Section de l'épidémiologie et des maladies transmissibles* und bekleidet zudem das Amt eines *Médecin cantonal délégué*. Insofern ist der mit dem Aidsdossier betraute Gesundheitsexperte in der verwaltungsinternen Hierarchie näher ans Entscheidungszentrum gerückt. Eine Änderung hat es auch an der Spitze der DGS gegeben. Seit dem 1. August 2004 wird die Gesundheitsdirektion von einer anderen Person geleitet.

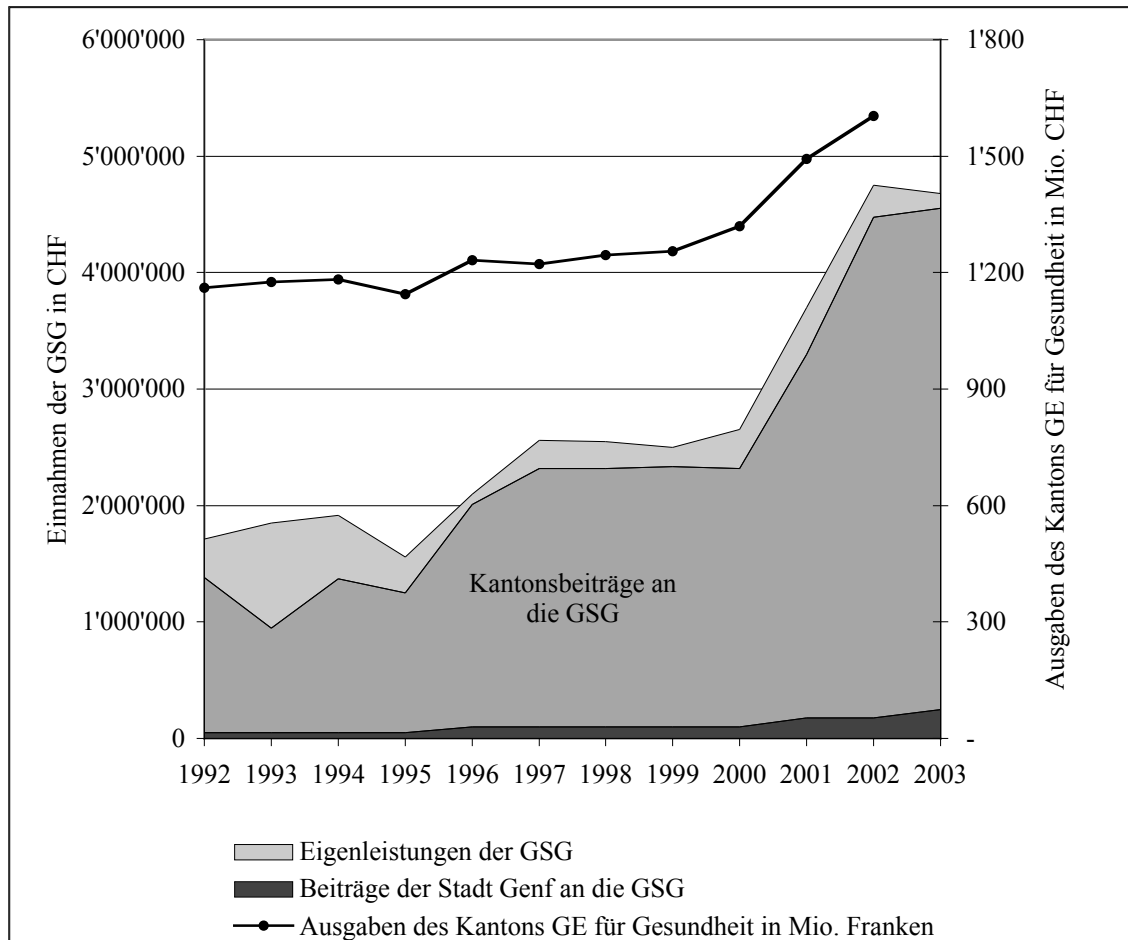
Der Wechsel an der Spitze der DASS hatte eine Änderung im Führungsstil zur Folge. Der neue Departementsvorsteher will seine Politik offenbar im Gegensatz zu seinem Vorgänger stärker auf wissenschaftliche und epidemiologische Daten abstützen und vermehrt Resultate aus Evaluationsstudien berücksichtigen. In diesem Zusammenhang ist auch die geplante Einführung von Leistungsverträgen mit den Subventionsempfängern des DASS zu sehen. Die Verträge sollten am 1. Januar 2005 in Kraft treten.

Die oben stehenden Ausführungen zeigen, dass es zwar in Genf einige strukturelle und regulatorische Veränderungen zu verzeichnen gibt, dass diese aber nicht so tiefgreifend sind, dass daraus auf einen Politikwandel im Sinne der *Punctuated Equilibrium Theory* geschlossen werden könnte. Diese Einschätzung wird gestützt durch die Entwicklung der Ressourcen, die im Aidsbereich stattgefunden hat.

Die im Kanton Genf im Aidsbereich zur Verfügung stehenden Ressourcen sind verglichen mit anderen Schweizer Kantonen traditionell sehr grosszügig bemessen. Wie die nachstehende Abbildung verdeutlicht, sind die von der öffentlichen Hand bereitgestellten Mittel für

die GSG in der Phase der Normalisierung nicht gesunken, sondern gestiegen (vgl. Abbildung 6). Die ab 2000 exponentiell gestiegenen Mittel sind auf die Eröffnung einer Anlaufstelle für Drogenabhängige (Quai 9) zurückzuführen, gehen also nicht unmittelbar auf das Konto der Aidsprävention.

**Abbildung 6: Entwicklung der Einnahmen der GSG 1992-2003<sup>72</sup>**



Quelle: GSG-Jahresberichte 1992-2003; Eidgenössische Finanzverwaltung.

Trotz der seit Mitte der 90er Jahre bestehenden Verfügbarkeit von wirksamen Medikamenten, die gegen HIV und Aids eingesetzt werden können, sind die Ressourcen der *Unité Sida* nach eigenen Angaben nicht gestiegen, sondern konstant geblieben. Für die Betreuung der rund 600 PatientInnen verfügt die Genfer HIV-Sprechstunde über einen Stellenetat von rund 1100 Prozent (Stand 2003).<sup>73</sup>

<sup>72</sup> Die linke Grössenachse bezieht sich auf die Einnahmen der GSG in Franken, die rechte Grössenachse auf die Ausgaben des Kantons Genf für Gesundheit in Mio. Franken.

<sup>73</sup> Zu diesem Zweck stehen eine Oberarzt-, drei Assistenz- sowie eine Krankenschwester-Stelle zur Verfügung. Der Rest des Etats wird für den HIV-Test sowie verschiedene klinische Studien (u.a. die Kohortenstudie) verwendet.



### 6.2.3 Fazit

Das die Aidspolitik im Kanton Genf bestimmende *policy image* wird zwar grundsätzlich nach wie vor als tragendes Leitprinzip anerkannt, doch hat es mit der Kontroverse, die über die Relevanz aidspräventiver Massnahmen im Prostitutionsbereich geführt wird, Risse bekommen. Denn mit dieser Diskussion wird ein wichtiges Element von *New Public Health* tangiert, nämlich dasjenige der Verhältnisprävention. Es stellt gerade eine Errungenschaft von *New Public Health* dar, dass mit entsprechenden Massnahmen nicht nur das Verhalten der Menschen beeinflusst werden soll, sondern dass auch die Lebensverhältnisse von besonders vulnerablen Bevölkerungsgruppen verbessert werden sollen. Wird dieser Aspekt der Aidsprävention in Frage gestellt, wird ein zentraler Bereich des *New Public Health*-Ansatzes angegriffen. Obschon im Kanton Genf in der Normalisierungsphase einige strukturelle und regulatorische Veränderungen zu verzeichnen sind, kann doch der in der Aidspolitik dominierende *policy venue* als sehr stabil bezeichnet werden. Die verschiedenen Aidsorganisationen sind sehr gut mit den politischen EntscheidungsträgerInnen in der Exekutive und Legislative vernetzt und sichern so längerfristig ihre Existenz und damit die Aufrechterhaltung eines entsprechenden Angebots im Aidsbereich. Ein *policy change* nach dem Muster eines positiven Feedback-Prozesses hat im Kanton Genf nicht stattgefunden.

## 6.3 Aidspolitik im Kanton Zürich

Der Kanton Zürich wurde neben dem Kanton Genf von der HIV-Epidemie besonders stark betroffen. Zwischen 1985 bis 2001 hatte der Kanton pro 100'000 EinwohnerInnen insgesamt 636.9 positive Testresultate zu verbuchen. Damit belegt Zürich hinter Genf den unrühmlichen zweiten Platz. Berücksichtigt man nur die zwischen Mitte 2000 und Mitte 2001 gemeldeten positiven Testresultate, ist der Kanton Zürich mit 10.5 pro 100'000 EinwohnerInnen hinter Genf, Waadt und Basel-Stadt auf dem vierten Platz. Aidsfälle wurden in Zürich zwischen 1983 bis 2001 pro 100'000 EinwohnerInnen 181.6 gemeldet. Seit 1999 liegt zudem die Anzahl positiver Testresultate wieder über dem schweizerischen Mittelwert (Bundesamt für Gesundheit 2002).

Das den Aidsbereich bestimmende *policy monopoly* kantonalzürcherischer Provenienz weist einige Besonderheiten auf. So ist etwa die Anzahl Akteure, die sich mit HIV und Aids auseinandersetzen und entsprechende Angebote haben, im Kanton Zürich – verglichen mit anderen Schweizer Kantonen – recht vielfältig. Zudem ist die Subventionierung von Aidsorganisationen durch die öffentliche Hand insofern speziell, als dass namhafte Beiträge nicht nur vom Kanton, sondern auch von den Städten Zürich und Winterthur entrichtet

werden. Bei einzelnen Organisationen sind die städtischen Subventionen sogar um einiges höher als diejenigen des Kantons.<sup>74</sup>

Innerhalb der Gesundheitsdirektion trägt die dem Kantonsärztlichen Dienst angegliederte Fachstelle für Aidsfragen die Hauptverantwortung für das Aidsdossier. Im Schulbereich ist das der Bildungsdirektion angegliederte Volksschulamt für Aidsprävention zuständig. Zu den wichtigsten NGOs gehören die zwei offiziellen Partnerorganisationen der kantonalen Gesundheitsbehörden, die Zürcher Aids-Hilfe (ZAH) sowie die Aids-Infostelle Winterthur. Daneben gibt es zahlreiche weitere, kleinere Organisationen mit einem aidspräventiven Angebot, allen voran die Zürcher Stadtmission sowie der Verein Zürcher Sozialprojekte (VZSP). Für die medikamentöse Behandlung von HIV und Aids sind in erster Linie die beiden HIV-Sprechstunden des Universitätsspitals Zürich (USZ) sowie des Kantonsspitals Winterthur zuständig.

Das zum Zeitpunkt der Datenerhebung vorhandene Angebot in den Bereichen Prävention und Therapie kann wie folgt zusammengefasst werden (vgl. Tabelle 6).

**Tabelle 6: Die wichtigsten Angebote in den Bereichen Prävention und Therapie im Kanton Zürich auf einen Blick (Stand 2003)**

Bereiche/Träger	ZAH	Aids-Infostelle	VZSP
<i>Migration</i>	-Gratiskondom-Aktion, ganztägige Weiterbildung (zusammen mit Asylorganisation Zürich) -Mitarbeit in AFRIMEDIA		
<i>Schule</i>	Lust und Frust	-liebeseXUNDSoweiter -Peer-Education	
<i>Prostitution</i>	Don Juan	APiS	Herrmann
<i>Counselling</i>	telefonische, persönliche, E-Mail-Beratungen	telefonische, persönliche, E-Mail-Beratungen	
<i>Plakatkampagne</i>		ist frau sicher, dass mann sich schützt?	
Bereiche/Träger	Zürcher Stadtmission	USZ	Kantonsspital Winterthur
<i>Prostitution</i>	Isla Victoria		
<i>Counselling</i>		HIV-Test- und Beratungsstelle	HIV-Test- und Beratungsstelle
<i>HAART</i>		HIV-Sprechstunde	HIV-Sprechstunde

<sup>74</sup> Diese Situation hat zur Folge, dass die kantonalen Behörden zum Teil nicht als Partner wahrgenommen werden, sondern als „hintergründige Mitfinanzierer“. Im Falle der beiden offiziellen Partnerorganisationen des Kantons – Zürcher Aids-Hilfe sowie Aids-Infostelle Winterthur – referenzierte der Kanton lange Zeit auf die Stadt, d.h. der Kanton zahlte nur so viel wie die jeweiligen Städte. Unterdessen ist diese Praxis aufgelockert worden.

### 6.3.1 Das policy image in der Normalisierungsphase

Die Beziehungen zwischen den in der Prävention tätigen Akteuren und dem klinischen Bereich variieren von Organisation zu Organisation. Während einzelne Akteure angaben, mit dem klinischen Bereich praktisch keinen direkten Austausch zu haben, scheinen andere Akteure wiederum eine viel intensivere Zusammenarbeit mit dem klinischen Bereich einzugehen. Dieser Austausch ist aber offenbar stark personenabhängig und scheint nur wenig in institutionalisierten Bahnen abzulaufen. Die Beziehungen zwischen den Präventionsakteuren und dem klinischen Bereich sind gemäss den befragten Personen nicht immer frei von Spannungen. Vor allem in der Anfangsphase von HAART Mitte der 90er Jahre seien die Meinungen zwischen der Präventionsseite und der klinischen Medizin auseinandergegangen. Ein Vertreter der ZAH:

Wir „haben am Anfang sicher nicht einfach *tel quel* die Empfehlung herausgegeben, die Medikamente seien gut, nimm sie. Und diesbezüglich hat es sicher graduelle Unterschiede gegeben im Vergleich zum USZ.“

Verteilungskonflikte zwischen präventivem und klinischem Bereich sind gemäss den Zürcher Aidsfachleuten keine vorhanden, da die beiden Bereiche aus unterschiedlichen Kassen finanziert werden. So meint etwa ein Präventionsvertreter:

„Das sind ja ganz andere Finanzierungsaspekte und –kanäle. Der arrivierte medizinische Bereich, gerade der klinische Bereich usw., die Spitalfinanzierung usw., das ist eine ganz andere Diskussion.“

Auch organisatorisch sind die beiden Bereiche innerhalb der kantonalen Gesundheitsdirektion klar voneinander getrennt, erklärt die Vertreterin der Fachstelle für Aidsfragen:

„Für den therapeutischen Teil – Spitäler, Heime usw. – ist die Gesundheitsversorgung zuständig. Prävention ist beim Kantonsärztlichen Dienst aufgehängt. Innerhalb der Gesundheitsdirektion sind es zwei Töpfe“.

Trotz den graduellen Meinungsverschiedenheiten zwischen den Präventionsakteuren und dem klinischen Bereich wird ein Ende des *New Public Health*-Ansatzes aufgrund der Mitte der 90er Jahre eingetretenen Normalisierung von der überwiegenden Mehrheit der im Aidsbereich tätigen Fachleute nicht befürchtet, obschon es auch kritische Stimmen gibt, die glauben eine Erosion des bis anhin dominierenden *New Public Health*-Ansatzes wahrnehmen zu können. Generell kann aber gesagt werden, dass das dominierende *policy image* in der Zürcher Aidspolitik nach wie vor als handlungsleitende Lösungsstrategie anerkannt ist.

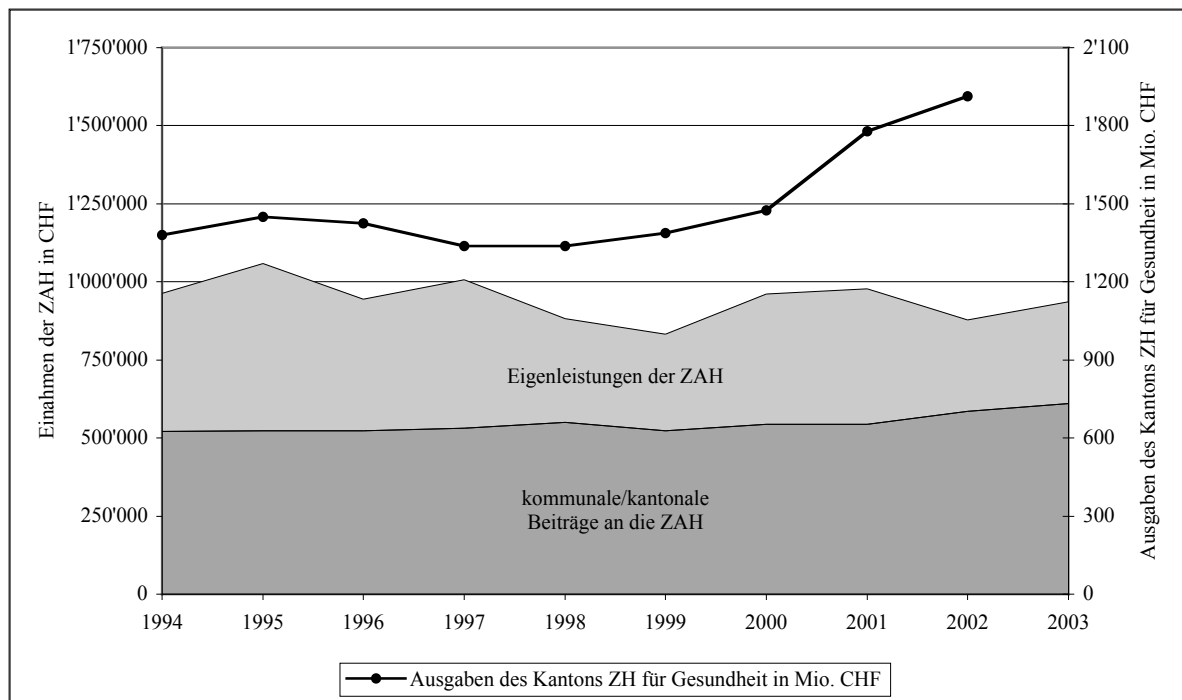
### 6.3.2 Der policy venue in der Normalisierungsphase

In der Zürcher Aidspolitik sind in der Normalisierungsphase keine nennenswerten strukturellen bzw. regulatorischen Veränderungen erfolgt. Gemäss Aussagen der befragten Fachleute haben sowohl auf städtischer wie auf kantonaler Ebene bereits Überlegungen stattgefunden, die verschiedenen im Aidsbereich tätigen Organisationen einem Konzentrationsprozess zu unterziehen. Diese Überlegungen befinden sich aber noch in einem Anfangsstadium. Wenn überhaupt, dann ist mit der Einleitung eines Konzentrationsprozesses frühestens in fünf bis sechs Jahren zu rechnen. Dass sich das Zürcher Aidspräventions-Netzwerk gegenüber strukturellem Wandel dermassen resistent zeigt, wird zum einen mit den Eigeninteressen der beteiligten Akteure und zum anderen mit dem fehlenden politischen Willen in Verbindung gebracht. Jede Organisation habe ihre eigene Geschichte und verfolge ihre eigenen Interessen, eine Tatsache, die eine Strukturbereinigung schwierig mache. Zudem hätten die kantonalen Behörden zu wenig politisches Gewicht, um eine Strukturbereinigung in Gang zu bringen.

Die relative Stabilität des zürcherischen *policy venue* kommt auch dadurch zum Ausdruck, dass die Subventionen der öffentlichen Hand an die wichtigste Aidsorganisation im Kanton, die Zürcher Aids-Hilfe, seit 1996 nicht ab-, sondern tendenziell eher leicht zugenommen haben (vgl. Abbildung 7).

Da die Eigenleistungen der ZAH von Jahr zu Jahr unterschiedlich hoch ausfallen, sind die Gesamteinnahmen der ZAH trotz den stabilen öffentlichen Zuwendungen grossen Schwankungen unterlegen.

Abbildung 7: Die Entwicklung der Einnahmen der ZAH 1993-2004<sup>75</sup>



Quelle: Jahresberichte der ZAH 1994-2003; Eidgenössische Finanzverwaltung.

Die Betrachtung der Einnahmensituation der ZAH sollte aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die Ressourcenlage im Kanton Zürich generell als ziemlich angespannt geschildert wird. Am meisten unter Ressourcenknappheit litten zum Zeitpunkt der Datenerhebung Herrmann sowie die Aids-Infostelle Winterthur.<sup>76</sup> Von den knappen Finanzmitteln sind jedoch nicht nur die NGOs betroffen, sondern auch staatliche Akteure wie beispielsweise die HIV-Sprechstunde am Universitätsspital Zürich. Den Angaben des Leiters der HIV-Sprechstunde zufolge sind insbesondere die für die Teststelle und das damit verbundene Counselling zur Verfügung stehenden Mittel sehr knapp bemessen.

„Wir können es machen, weil wir es wollen, und weil wir relativ viele Leute [haben], die kompetent sind, um ein Counselling machen zu können [...]. Aber eigentlich habe ich kein Geld dafür. Ich müsste

<sup>75</sup> Die linke Grössenachse bezieht sich auf die Einnahmen der ZAH in Franken, die rechte Grössenachse auf die Ausgaben des Kantons Zürich für Gesundheit in Mio. Franken.

<sup>76</sup> Herrmann etwa kann aufgrund dieser Entwicklung nur noch ein Basisangebot abdecken. Alles andere wird modular angeboten, sobald die Finanzierung dafür sichergestellt werden kann. Die Aids-Infostelle konnte nur mit viel Lobbyarbeit und einer guten Portion Glück verhindern, dass die Stadt ihre Beiträge um die Hälfte reduzierte. Da gleichzeitig der Kanton seine Subventionen leicht erhöhte (auf 90'000 Franken jährlich), kann in der Stadt Winterthur das Angebot in den nächsten Jahren aufrecht erhalten werden.

mindestens 200'000 Franken mehr haben. [...] Das USZ hat ein Globalbudget. Ich kann noch so sagen, wie wichtig ein Job ist, im Moment gibt es gar nichts, nicht nur für uns, sondern für niemanden.“

Während der *policy venue* in strukturellen Belangen relativ stabil blieb, gab es in regulatorischer Hinsicht durchaus einige Veränderungen zu verzeichnen. Die Winterthurer Aids-Infostelle beispielsweise wurde nach zehn Jahren beim Departement Sicherheit und Umwelt neu administrativ dem Sozial- und Sicherheitsdepartement unterstellt. Diese Neuzuteilung hatte zur Folge, dass bei den Sparbemühungen der Stadt Winterthur Sucht- und Aidsprävention zusammengefasst und mit einem Sparauftrag versehen wurden.

Generell zeichnen sich die in der Aidsprävention tätigen NGOs im Untersuchungszeitraum durch eine zunehmende Professionalisierung aus. Diese wird gefördert durch die von der öffentlichen Hand vermehrt abgeschlossenen Leistungsaufträge mit ihren Subventionsempfängern. Die Einführung dieses neuen Führungs- und Kontrollinstrumentes stösst nicht bei allen NGOs auf Gegenliebe. Kritisiert wird vor allem der hohe Zeitaufwand, der bei der Nachführung der geforderten Statistiken anfällt. Zudem wird bezweifelt, ob die Auftraggeber all die eingeforderten Auswertungen auch wirklich zur Kenntnis nehmen.

### 6.3.3 Fazit

Obschon im *policy monopoly* des Kantons Zürich mitunter gewisse Meinungsverschiedenheiten vorhanden sind, weist doch der Policyprozess im Bereich HIV/Aids generell eine hohe Konstanz auf und folgt eindeutig einem inkrementalistischen Muster. Dies zeigt sich einerseits daran, dass der *New Public Health*-Ansatz, also das im Aidsbereich dominierende *policy image*, nach wie vor bei allen relevanten Akteuren auf Zustimmung stösst. Nur eine einzige kritische Stimme glaubt eine Erosion des *New Public Health*-Ansatzes wahrnehmen zu können.

Ein weiterer Hinweis auf die Konstanz der kantonalzürcherischen Aidspolitik liefert ein Blick auf den im Aidsbereich dominierenden *policy venue*, wo keine umfangreichen strukturellen bzw. regulatorischen Veränderungen stattgefunden haben. Insgesamt betrachtet herrscht also sowohl im Bereich des *policy image* wie auch im Bereich des *policy venue* eine hohe Stabilität vor. Ein *policy change* im Sinne der *Punctuated Equilibrium Theory* konnte in der Untersuchungsperiode nicht beobachtet werden, und es zeichnet sich auch kein solcher ab.

## 6.4 Aidspolitik im Kanton Tessin

Die Anzahl Neuinfektionen pro 100'000 EinwohnerInnen liegt zwar im Kanton Tessin unter dem gesamtschweizerischen Durchschnitt. Dennoch belegt das Tessin mit 286.9 Fällen pro 100'000 EinwohnerInnen zwischen 1985 bis 2001 den fünften Platz. Aidsfälle wurden im Tessin zwischen 1983 bis 2001 insgesamt 338 diagnostiziert (Bundesamt für Gesundheit 2002).

Das die Tessiner Aidspolitik dominierende *policy monopoly* ist ein eher kleines Netzwerk. Die Hauptakteure sind einerseits die zuständigen Verwaltungsstellen des kantonalen Gesundheits- und Sozialdepartementes (*Dipartimento della sanità e della socialità*, DSS), das *Ambulatorio delle malattie infettive* am Kantonsspital Lugano, sowie andererseits die *Aiuto Aids Ticino* (AAT). Diese drei Akteure bilden den Kern des Tessiner *policy monopoly*. Für verschiedene Belange sind punktuell weitere Akteure wichtig. So ist etwa im Prostitutionsbereich die *Antenna May Day* involviert, eine seit 1996 existierende Organisation, die auf sprachlich-kulturelle Mediation im Gesundheitsbereich spezialisiert ist. Für die Sexualerziehung in den Schulen der Sekundarstufe II werden vom Kanton die Familienplanungszentren sowie die AAT für den Aspekt der HIV/Aids-Prävention miteinander beauftragt. Im Bereich MSM unterhält die AAT Beziehungen zu Schwulen und Lesbengruppen, diese Beziehungen sind jedoch nur punktueller Art.

In Tabellenform kann das in den untersuchten Bereichen bestehende Angebot im HIV/Aids-Bereich folgendermassen dargestellt werden (vgl. Tabelle 7).

**Tabelle 7: Die wichtigsten Angebote in den Bereichen Prävention und Therapie im Kanton Tessin auf einen Blick (Stand 2003)**

Bereiche/Träger	Aiuto Aids Ticino	Familienplanungszentren	Ambulatorio delle malattie infettive
<i>Migration</i>	Kurse für Personal von Asylbewerberzentren		
<i>Schule</i>	Durchführung von Kursen auf Sekundarstufe II (zusammen mit den Familienplanungszentren)	Durchführung von Kursen auf Sekundarstufe II (zusammen mit AAT)	
<i>Prostitution</i>	-Projekt PRIMIS <sup>77</sup> (in Zusammenarbeit mit May Day) -Mitarbeit in Monitoring-Kommission		
<i>Counselling</i>	telefonische, persönliche, E-Mail-Beratungen	anonyme HIV-Tests mit Prä- und Post-Test-Beratungen	Prä- und Post-Test
<i>HAART</i>			HIV-Sprechstunde

#### 6.4.1 Das policy image in der Normalisierungsphase

Die Beziehungen zwischen den in der Prävention tätigen Akteuren einerseits und den klinisch tätigen Akteuren andererseits werden im Tessin als sehr gut bezeichnet. Dementsprechend verstehen sich die Akteure des jeweiligen Bereichs eher als komplementäre Partner denn als Gegenspieler. Dass Anstrengungen im Bereich der HIV/Aids-Prävention weiterhin nützlich sind, wird von den relevanten klinischen Akteuren in keiner Weise in Frage gestellt. Ebenso wird seitens der Präventionsakteure begrüsst, dass es neue wirkungsvolle Therapien gibt und dadurch die klinische Medizin wieder zu einem gewichtigen Akteur im Bereich HIV/Aids geworden ist. So gibt etwa der Leiter der AAT zu Protokoll:

„Noi abbiamo comunque sempre ragionato in termini molto pragmatici. Noi siamo felicissimi che ci siano delle medicine, siamo ancora più felici se i medici sanno che pesci pigliare (perché sappiamo che anche loro hanno tantissime difficoltà). I sieropositivi sono contenti che ci sono delle medicine e siamo contenti anche noi. Magari non sono così contenti i volontari che accompagnavano alla morte. Infatti, noi ne abbiamo ora solo due mentre prima ne avevamo quindici. Però, chi se ne frega se i volontari o

<sup>77</sup> Die Abkürzung PRIMIS steht für *Prevenzione, informazione e mediazione nell'ambito dell'industria del sesso*. Das Projekt richtet sich vorwiegend an Prostituierte ausländischer Herkunft und wird in Zusammenarbeit mit dem Verein May Day durchgeführt. Der Ursprung des Projektes geht auf das von der AHS initiierte Projekt APiS zurück. Dieses wurde ab 1995 von der AAT unter dem Namen *Donne scalze* implementiert und 2002 in PRIMIS umbenannt. Im Rahmen des Projektes sind drei Mediatorinnen tätig.



gli attivisti politici dell'Aids non sono felici! Per me quello è un po' uno sciacallaggio. Io sono contento che la medicina abbia ripreso il suo potere, magari abbiamo perso qualcosa per strada – di questo sono sicuro.“

Diese Aussage kann dahingehend interpretiert werden, dass innerhalb des *policy monopoly* keine ideellen Konflikte ausgetragen werden.

Auch Konflikte, die auf eine allfällige unterschiedliche Bedienung der jeweiligen finanziellen Interessen zurückgeführt werden könnten, sind keine festzustellen. Das liegt in erster Linie daran, dass die Finanzierung der jeweiligen Aktivitäten aus vollkommen unterschiedlichen Quellen stammt. Die Aktivitäten im Bereich der Prävention werden in erster Linie vom Kanton und allenfalls noch vom Bund, bzw. bundesweit tätigen Organisationen (z.B. AHS, SAH, Caritas) finanziert. Die Tätigkeiten der klinischen Akteure hingegen werden als ambulante medizinische Leistungen von den Krankenkassen finanziert.

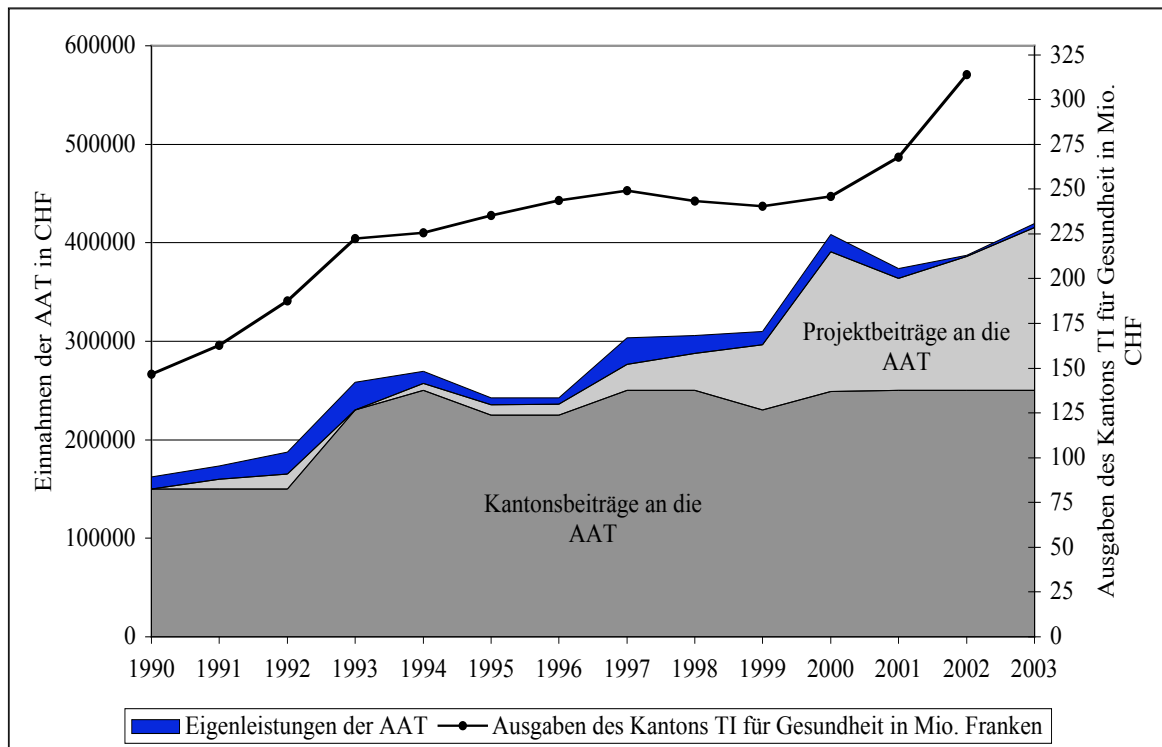
Die oben stehenden Ausführungen verdeutlichen, dass es im Tessin keine Hinweise dafür gibt, dass es in der Normalisierungsphase bereits zu einem Ende des *New Public Health*-Ansatzes gekommen wäre bzw. dass sich ein solches abzuzeichnen beginnt. Eine Rückkehr in die „graue Vorzeit“ von *Old Public Health* wird deshalb von den befragten Akteuren nahezu ausgeschlossen.

#### **6.4.2 Der policy venue in der Normalisierungsphase**

Im Kanton Tessin haben in der Normalisierungsphase keine wesentlichen strukturellen und regulatorischen Veränderungen stattgefunden. Zwar musste aus finanziellen Gründen die *Commissione di Formazione HIV/Aids della Svizzera Italiana* (CFSI) aufgelöst werden, was aber keine unmittelbaren Auswirkungen auf das Angebot im Aidsbereich zur Folge hatte. Zu erwähnen ist ebenfalls die Verschiebung der administrativen Zuständigkeit für das Thema HIV/Aids innerhalb des kantonalen Gesundheitsdepartementes. Damit einher ging die Streichung der Koordinationsstelle am DSS. Der Kern des *policy monopoly* – bestehend aus der zuständigen Stelle des Gesundheitsdepartementes, der AAT und dem *Ambulatorio delle malattie infettive* am Kantonsspital Lugano – wurde dadurch jedoch nicht wesentlich tangiert. Allenfalls hat ein Konzentrationsprozess in Richtung AAT stattgefunden, die relativ zu den anderen Akteuren an Gewicht gewonnen hat.

Die nach wie vor zu konstatierende Stabilität der Tessiner Aidspolitik kommt auch dadurch zum Ausdruck, dass die für die HIV/Aids-Prävention zur Verfügung stehenden Ressourcen im Laufe der 90er Jahre nicht ab-, sondern klar zugenommen haben (vgl. Abbildung 8).

Abbildung 8: Entwicklung der Einnahmen der AAT 1990-2003<sup>78</sup>



Quelle: Jahresberichte der AAT 1990-2003; Eidgenössische Finanzverwaltung.

Aus Abbildung 8 wird ersichtlich, dass der der AAT gewährte Sockelbeitrag des Kantons bei rund einer Viertelmillion Franken jährlich liegt. Die Steigerung des Gesamtbudgets ist in erster Linie auf eine Steigerung der Projektbeiträge zurückzuführen. Dabei handelt es sich um Gelder, die wiederum zum grössten Teil von den kantonalen Behörden stammen.

Die im Kanton Tessin zu beobachtende Steigerung der Mittel, die für HIV/Aids-Prävention bereitgestellt werden, ist ein Zeichen für den hohen Stellenwert, den die HIV/Aids-Prävention nicht nur in der Kantonsverwaltung, sondern auch bei Regierung und Parlament geniesst. Dieser Eindruck bestätigt sich bei der Lektüre der staatsrätlichen Botschaften zu den in regelmässigen Abständen vom Grossrat zu bewilligenden Anträgen auf finanzielle Unterstützung der AAT. Bereits im Jahre 1997 wird in der entsprechenden Botschaft<sup>79</sup> darauf hingewiesen, dass sinkende Infektionszahlen in keiner Weise als Rechtfertigung für eine Reduktion der Präventionsanstrengungen gesehen werden dürfen, sondern vielmehr auf die Notwendigkeit für deren Fortführung hinweist. Ausserdem seien die Kosten für Prävention wesentlich geringer als die Kosten für die Behandlung von HIV/Aids. Derselbe

<sup>78</sup> Die linke Grössenachse bezieht sich auf die Einnahmen der AAT in Franken, die rechte Grössenachse auf die Ausgaben des Kantons Tessin für Gesundheit in Mio. Franken.

<sup>79</sup> Messaggio concernente l'assegnazione di un contributo ricorrente alla Sezioni Ticino dell'Aiuto Aids Svizzero („Aiuto Aids Ticino“), No. 4709 (9.12.1997, S. 1).

Diskurs findet sich auch in späteren Botschaften<sup>80</sup>, in denen auf noch prägnantere Weise auf die Notwendigkeit der Fortführung der bisherigen Präventionsanstrengungen hingewiesen wird, insbesondere angesichts des seit Anfang 2001 festgestellten Wiederanstiegs der Infektionsraten.

Was die Entwicklung der Ressourcen im Bereich der medikamentösen Therapie von HIV und Aids anbelangt, so deuten Aussagen eines Gesprächspartners aus dem Präventionsbereich darauf hin, dass die für die HIV/Aids-Therapie eingesetzten Ressourcen eher knapp bemessen sind und in der Phase der Normalisierung kaum gestiegen sind.

### 6.4.3 Fazit

Die in Bezug auf das *policy image* gemachten Ausführungen zeigen, dass der *New Public Health*-Ansatz bei allen Akteuren im Tessin, die sich direkt mit Fragen von HIV und Aids beschäftigen, aber auch bei den politischen Akteuren in Regierung und Parlament, nach wie vor fest verankert ist. Obschon die CFSI aus Spargründen geschlossen werden musste, kann auch der im Aidsbereich dominierende *policy venue* als sehr stabil bezeichnet werden. Insofern lassen sowohl die Entwicklung des in der Tessiner Aidspolitik dominierenden *policy image* wie auch des *policy venue* den Schluss zu, dass im Tessin bis dato kein dramatischer Politikwandel zu beobachten ist und dass sich ein solcher auch nicht abzuzeichnen beginnt.

## 6.5 Aidspolitik im Kanton St. Gallen

Mit 172.5 positiven Tests pro 100'000 EinwohnerInnen zwischen 1985 bis 2001 gehört der Kanton St. Gallen im Vergleich mit anderen Schweizer Kantonen eher zum oberen Mittelfeld. Im Jahre 2003 wurden pro 100'000 EinwohnerInnen 8.6 positive Testresultate gemeldet, womit der Kanton St. Gallen nach Genf, Waadt, Glarus, Zürich, Schwyz und Neuenburg am meisten positive Testresultate pro 100'000 EinwohnerInnen verzeichnete. In Bezug auf die gemeldeten Aidsfälle liegt der Kanton St. Gallen mit 54.7 pro 100'000 EinwohnerInnen zwischen 1983 bis 2001 im schweizerischen Mittelfeld (Bundesamt für Gesundheit 2002).

Das die St. Galler Aidspolitik dominierende *policy monopoly* umfasst neben den staatlichen Akteuren einen zentralen privaten Akteur: die Fachstelle für Aids- und Sexualfragen des Vereins Aids-Hilfe St. Gallen-Appenzell (AHSGA). In Bezug auf die staatlichen Akteure weist der Ostschweizer Kanton eine Besonderheit auf, denn das kantonale Amt für Ge-

---

<sup>80</sup> Messaggio concernente l'assegnazione di un contributo ricorrente alla Sezioni Ticino dell'Aiuto Aids Svizzero („Aiuto Aids Ticino“), No. 5056 (25.10.2000); Messaggio concernente l'assegnazione di un contributo ricorrente alla Sezioni Ticino dell'Aiuto Aids Svizzero („Aiuto Aids Ticino“), No. 5172 (13.11.2001).

sundheitsvorsorge bildet selbst die Trägerschaft eines Projektes im Prostitutionsbereich (Maria Magdalena)<sup>81</sup>. Neben dem Amt für Gesundheitsvorsorge beschäftigt sich auch das Amt für Volksschule mit Fragen der Aidsprävention.

Der klinische Bereich der kantonalen Aidsarbeit wird vom HIV-Zentrum bzw. vom Fachbereich Infektiologie abgedeckt, der dem Kantonsspital St. Gallen angegliedert ist.<sup>82</sup>

Das im Kanton St. Gallen bestehende Angebot im HIV/Aids-Bereich kann folgendermassen dargestellt werden (vgl. Tabelle 8).

**Tabelle 8: Die wichtigsten Angebote in den Bereichen Prävention und Therapie im Kanton St. Gallen auf einen Blick (Stand 2003)**

Bereiche/Träger	AHSGA	Amt für Gesundheitsvorsorge	Fachbereich Infektiologie/ HAARTonsspital St. Gallen
<i>Migration</i>			
<i>Schule</i>	-Lehrerbildung -Elternbildung -Schulprojekt -Lehrmittel		
<i>Prostitution</i>	APiS	Maria Magdalena <sup>83</sup>	
<i>Counselling</i>	telefonische Beratung		persönliche Testberatung bei HIV-Schnelltest
<i>HAART</i>			HIV-Sprechstunde

### 6.5.1 Das policy image in der Normalisierungsphase

Im Kanton St. Gallen besteht ein vergleichsweise enger Austausch zwischen dem Präventions- und dem klinischen Bereich. So ist beispielsweise der Leiter des Fachbereichs Infektiologie gleichzeitig im Vorstand der AHSGA und wurde bei der Produktion eines neuen

<sup>81</sup> In den anderen untersuchten Fällen fungieren die kantonalen Behörden nicht selbst als Angebotsträger.

<sup>82</sup> Die HIV-Sprechstunde des St. Galler Kantonsspitals wird von zwei Assistenzärzten, einem Oberarzt sowie vom leitenden Arzt betreut. Im Jahre 2003 wurden von der HIV-Sprechstunde ungefähr 300 PatientInnen betreut.

<sup>83</sup> Beim Projekt Maria Magdalena handelt es sich um ein Nachfolgeprojekt eines gesamteuropäischen Projektes (UMBRELLA), an dem der Kanton St. Gallen zwischen 1998 bis 2000 beteiligt war. Maria Magdalena wurde im Oktober 2000 lanciert und war im Jahre 2003 mit 200 Stellenprozenten und einem Budget von 240'000 Franken dotiert. Das Ziel von Maria Magdalena besteht darin, die Lebensqualität von Frauen, die im Sexgewerbe tätig sind, zu verbessern und deren Sozialkompetenz zu fördern. Die Umsetzung erfolgt durch Beratung, Begleitung und Informationsvermittlung in den Räumen der Beratungsstelle sowie durch aufsuchende Sozialarbeit vor Ort in den Arbeits- und Privaträumlichkeiten der Sexarbeiterinnen.

Lehrmittels von der AHSGA als medizinischer Berater beigezogen. Zudem findet mindestens ein Mal pro Jahr ein informeller Austausch zwischen den am Kantonsspital tätigen Infektiologen und den Präventionsfachleuten der AHSGA statt, bei dem u.a. die aktuellen Entwicklungen im Bereich des Counselling diskutiert werden. Die Basis dieser gegenseitigen Beziehungen besteht auch darin, dass den Akteuren des klinischen Bereichs der präventive Aspekt von HIV und Aids ebenfalls ein wichtiges Anliegen ist. Insofern wird der *New Public Health*-Ansatz auch von Akteuren, die für die Behandlung von HIV-positiven und aidskranken Menschen zuständig sind, gewürdigt und in keinster Weise in Frage gestellt. Ideelle Konflikte sind also im Ostschweizer Kanton nicht auszumachen.

Auch in Bezug auf die Mittelverteilung bestehen zwischen den beiden Bereichen keine Konflikte. Diese Tatsache hängt einerseits damit zusammen, dass die Finanzierung der beiden Bereiche unabhängig voneinander erfolgt. Andererseits verfügen beide Seiten nach eigenen Angaben über zu wenig Mittel und haben damit ähnliche Probleme zu bewältigen, was die Generierung von Ressourcen betrifft.

### **6.5.2 Der policy venue in der Normalisierungsphase**

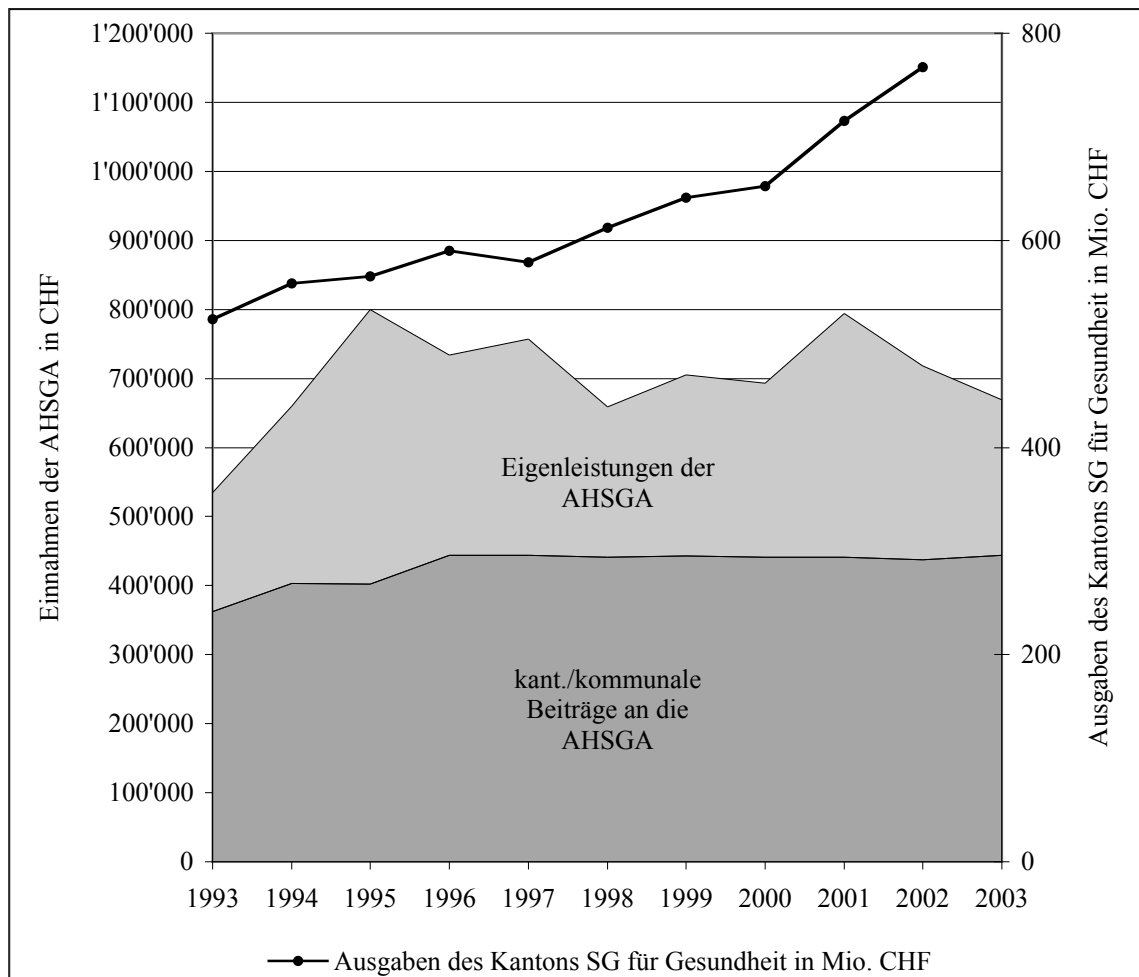
Im Aidsbereich des Kantons St. Gallen ist in der Normalisierungsphase eine wesentliche strukturelle Veränderung zu beobachten. So ist mit dem Projekt Maria Magdalena ein neuer Angebotsträger – das Amt für Gesundheitsvorsorge – hinzugekommen. Diese Erweiterung führte anfänglich seitens des zentralen Angebotsträgers (AHSGA) zu einigem Unmut. Zum anderen stand zum Zeitpunkt der Datenerhebung eine Umstrukturierung innerhalb der kantonalen Verwaltung an, von der alle Bereiche der Aidsprävention betroffen würden und deren Auswirkungen noch nicht richtig eingeschätzt werden konnten. Und zwar wurde diskutiert, den Leiter des Amtes für Gesundheitsvorsorge (einen Präventivmediziner) allenfalls nicht mehr zu ersetzen und dessen Aufgabenbereich dem Kantonsarzt-Amt anzugliedern.

Zweitens wurde zum Zeitpunkt der Datenerhebung seitens des Leiters des Amtes für Gesundheitsvorsorge eine regulatorische Veränderung in Betracht gezogen. Er strebte für das Jahr 2004 einen gemeinsamen Auftritt der AHSGA und der Beratungsstelle für Familienplanung, Schwangerschaft und Sexualität (FAMPLA) an, hauptsächlich mit dem Ziel, deren Angebot in den Regionen und insbesondere bei den Schulen besser bekannt zu machen und eine bessere Koordination zu erlangen. Die Angebote der beiden Fachstellen ergänzen sich gegenseitig: die AHSGA ist vor allem für die sexuelle, die FAMPLA für die reproduktive Gesundheit zuständig.

Offensichtlich lassen aber diese erfolgten und geplanten Veränderungen im Bereich des *policy venue* des Kantons St. Gallen nicht auf einen tiefgreifenden Politikwandel im Aidsbereich schliessen; es handelt sich vielmehr um Policyanpassungen inkrementalistischer

Natur. Diese Einschätzung wird auch durch die Entwicklung der Ressourcen gestützt, woraus kein Rückgang des staatlichen Engagements zu erkennen ist (vgl. Abbildung 9).

**Abbildung 9: Die Entwicklung der Einnahmen der AHS GA 1993-2004<sup>84</sup>**



Quelle: Jahresberichte der AHS GA 1992-2003; Eidgenössische Finanzverwaltung.

Abbildung 9 verdeutlicht, dass es im Kanton St. Gallen bis jetzt zu keinem Rückgang der staatlichen Ressourcen zuhanden der Aidsprävention gekommen ist. Eher im Gegenteil, denn mit dem kantonalen Projekt Maria Magdalena bzw. dem Vorläuferprojekt UMBRELLA haben die insgesamt für aidspräventive Massnahmen zur Verfügung gestellten staatlichen Mittel eher zugenommen. Das stabile Niveau der Staatsbeiträge an die AHS GA kann zudem vor dem Hintergrund des kantonalen Sparpakets im Umfang von 90 Mio. Franken für das Jahr 2004 als positive Entwicklung gedeutet werden. Allerdings handelte es sich bei der Entscheidung, die AHS GA von den kantonalen Sparmassnahmen auszuklammern, offenbar nicht um eine bewusste politische Entscheidung zugunsten der Aidsprävention. Im Rahmen des Runden Tisches, an dem das Sparpaket von VertreterInnen der St. Galler Exe-

<sup>84</sup> Die linke Grössenachse bezieht sich auf die Einnahmen der AHS GA in Franken, die rechte Grössenachse auf die Ausgaben des Kantons St. Gallen für Gesundheit in Mio. Franken.

kutive und Legislative geschnürt wurde, ist der Stellenwert, der Umfang oder die Notwendigkeit der Aidsprävention nicht diskutiert worden.

Trotz der unbestrittenen Erfolge von HAART hat die HIV-Sprechstunde unter knappen Mitteln zu leiden. Zwar hat der Fachbereich Infektiologie im Jahre 2003 eine zusätzliche Assistenzstelle für die HIV-Sprechstunde zugesprochen erhalten; diese ist aber bereits seit einiger Zeit benötigt und vorher über längere Zeit fremdfinanziert worden. Zudem konnten die personellen Engpässe auch mit dieser Stellenaufstockung nicht ganz beseitigt werden.

### 6.5.3 Fazit

Das *policy monopoly*, das im Kanton St. Gallen den HIV/Aids-Bereich dominiert, ist in der Phase der Normalisierung bis jetzt nicht stark unter Druck geraten. Der *New Public Health*-Ansatz und damit das im Aidsbereich dominierende *policy image* ist nach wie vor fest verankert. Auch im Hinblick auf den *policy venue* haben keine wesentlichen Veränderungen stattgefunden. Mit dem zusätzlichen Angebot eines verwaltungseigenen Präventionsprojektes im Bereich der Prostitution (Maria Magdalena) ist insgesamt das HIV/Aids-spezifische Angebot im Kanton St. Gallen eher gestiegen als zurückgegangen. Von einem tiefgreifenden Politikwandel kann also keine Rede sein.

## 6.6 Aidspolitik im Kanton Neuenburg

Der Kanton Neuenburg gehört, was Ansteckungen mit dem HI-Virus anbelangt, seit ca. 1999 zu den eher stark betroffenen Schweizer Kantonen. Im Jahre 2003 zählte der Kanton Neuenburg mit neun registrierten HIV-Tests pro 100'000 EinwohnerInnen zu den sechs am meisten betroffenen Kantonen der Schweiz. In der Zeitspanne von 1985 bis 2001 lag er mit 153.1 positiven Tests pro 100'000 EinwohnerInnen ungefähr im Mittelfeld. Zwischen 1983 bis 2001 wurden im Kanton Neuenburg insgesamt 77.8 Aidsfälle pro 100'000 EinwohnerInnen diagnostiziert (Bundesamt für Gesundheit 2002).

Das im Aidsbereich vorherrschende *policy monopoly* des Kantons Neuenburg setzt sich aus verschiedenen staatlichen und nicht-staatlichen Akteuren zusammen. Auf der Seite der staatlichen Akteure beschäftigen sich der *Service de la Santé publique* sowie der *Service de la Jeunesse* mit der Aidsprävention. Die wichtigste Partnerorganisation der kantonalen Behörden ist die *Groupe Sida Neuchâtel* (GSN). Im Schulbereich ist zudem die *Groupe information sexuelle et éducation à la santé* (GIS) im Bereich der HIV/Aids-Prävention von Bedeutung. Daneben gibt es eine Kommission, die in erster Linie bei der Evaluation von Projektanträgen im Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention von Bedeutung ist. Es handelt sich um die *Commission Cantonale de Prévention*.

Die medikamentöse Behandlung von HIV und Aids erfolgt an den beiden Kantonsspitalern in Neuenburg und La Chaux-de-Fonds, die beide eine HIV-Sprechstunde führen. Der überwiegende Teil (90%) der HIV-positiven und aidskranken Menschen wird am Kantonsspital Neuenburg behandelt.

Das zum Zeitpunkt der Datenerhebung existierende Angebot im HIV/Aids-Bereich kann folgendermassen zusammengefasst werden (vgl. Tabelle 9).

**Tabelle 9: Die wichtigsten Angebote in den Bereichen Prävention und Therapie im Kanton Neuenburg auf einen Blick (Stand 2003)**

Bereiche/Träger	GSN <sup>85</sup>	GIS	Kantonsspital Neuenburg
<i>Migration</i>	Informationsveranstaltungen in Asylzentren		
<i>Schule</i>	- Interventionen an Schulen - Journées Santé <sup>86</sup>	- Interventionen an Schulen - Elternabende - Journées Santé	
<i>Prostitution</i>	projet Cabaret		
<i>Counselling</i>	persönliche und telefonische Beratung		Prä- und Post-Test
<i>HAART</i>			HIV-Sprechstunde

### 6.6.1 Das policy image in der Normalisierungsphase

Im Kanton Neuenburg existiert kein institutionalisierter Austausch zwischen dem Präventionsbereich und dem klinischen Bereich. Der Kontakt zwischen beiden Bereichen findet einerseits durch den Einsitz des klinischen Bereichs im Vorstand der GSN statt, andererseits durch einen, wenn auch nicht immer gewährleisteten, Austausch bei Fragen, die das Counselling betreffen. Beide Seiten betonen, dass zwischen beiden Bereichen keinerlei Konflikte bestünden und dass der *New Public Health*-Ansatz und damit das in der kantonalen Aidspolitik dominierende *policy image* nach wie vor von allen im Aidsbereich tätigen Akteuren unterstützt würde.

<sup>85</sup> Als einzige der befragten kantonalen Aids-Hilfen bietet die GSN auch die Durchführung eines Aidstests an.

<sup>86</sup> Im Rahmen der Gesundheitstage werden die SchülerInnen der 9.Klasse zu Besuchen in verschiedenen im Gesundheits- bzw. Präventionsbereich tätigen Organisationen (z.B. GSN, Drop-in, etc.) verpflichtet. Die dabei gewonnenen Erfahrungen werden im Anschluss daran mit anderen SchülerInnen diskutiert. Im Jahre 2003 erreichte die GSN so 612 SchülerInnen.



Zwischen dem präventiven und klinischen Bereich bestehen auch keine Konflikte in Bezug auf die Verteilung öffentlicher Mittel, da wie überall auch im Kanton Neuenburg die beiden Bereiche unabhängig voneinander finanziert werden.

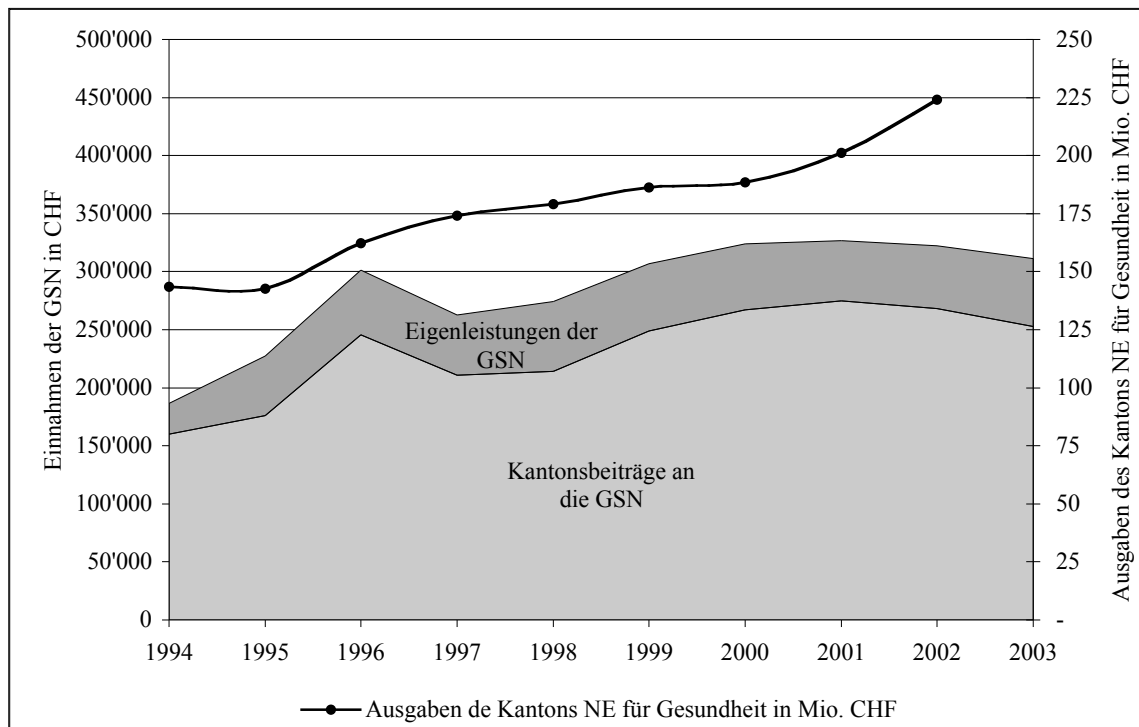
### **6.6.2 Der policy venue in der Normalisierungsphase**

Im Kanton Neuenburg sind in der Normalisierungsphase keine wesentlichen strukturellen oder regulatorischen Veränderungen zu verzeichnen. Für die Aufgabe der Aidsprävention ist grundsätzlich die *Groupe Sida Neuchâtel* verantwortlich, die in den verschiedenen Präventionsbereichen jeweils Kooperationen mit privaten und staatlichen Akteuren eingeht. Für die medikamentöse Behandlung von HIV und Aids ist in erster Linie das Kantonsspital Neuenburg zuständig, das in seiner HIV-Sprechstunde rund 90% aller HIV-positiven und aidskranken Menschen des Kantons betreut. Die restlichen 10% werden in der entsprechenden Einrichtung des Kantonsspitals La Chaux-de-Fonds behandelt.

Diese grosse Stabilität des Neuenburger *policy monopoly* kommt auch bei der Entwicklung der Ressourcen zum Ausdruck (vgl. Abbildung 10). Aus der nebenstehenden Abbildung wird ersichtlich, dass sich die Ressourcen für die Aidsprävention im Kanton Neuenburg auf einem ziemlich stabilen Niveau bewegen. Die im Aidsbereich eingetretene Normalisierung hat demzufolge bis jetzt nicht zu einem Abbau der staatlichen Mittel geführt. Jedoch hatte der abnehmende Problemdruck zur Folge, dass das Angebot im Prostitutions- und im Migrationsbereich nie wirklich ausgebaut wurde. Die in der Prävention tätigen Akteure betonen, dass eindeutig ein Bedürfnis nach einem umfassenderen Präventionsangebot bestehe, dass es aber für die Umsetzung entsprechender Massnahmen an finanziellen und personellen Ressourcen fehle.

Die Ressourcenlage sieht im klinischen Bereich etwas besser aus als im präventiven. Während der Spitalbereich von Sparmassnahmen betroffen wurde, blieb die HIV-Sprechstunde am Kantonsspital Neuenburg bisher davon verschont. Im Gegenteil, die personellen Ressourcen wurden im Jahre 2001 sogar erhöht. Allerdings ging diese Stellenaufstockung nicht zugunsten von HIV/Aids, sondern zugunsten einer anderen Infektionskrankheit (Hepatitis C).

Abbildung 10: Die Entwicklung der Einnahmen der GSN 1994-2003<sup>87</sup>



Quellen: Eigenleistungen der GSN: Jahresberichte der GSN 1994-2003; Kantonsbeiträge an die GSN: Zusammenstellung des Service de la Santé publique 2004. Ausgaben des Kantons Neuenburg für Gesundheit: Eidgenössische Finanzverwaltung.

### 6.6.3 Fazit

Das den Neuenburger Aidsbereich dominierende *policy monopoly* zeichnet sich durch eine grosse Stabilität aus, die aufgrund der Normalisierung bis jetzt noch nicht unter Druck geraten ist. Der *New Public Health*-Ansatz wird von niemandem in Zweifel gezogen, es haben keine strukturellen oder regulatorischen Veränderungen stattgefunden. Ein umfassender Politikwandel in der kantonalen Aidspolitik ist demzufolge ausgeblieben.

<sup>87</sup> Die linke Grössenachse bezieht sich auf die Einnahmen der GSN in Franken, die rechte Grössenachse auf die Ausgaben des Kantons Neuenburg für Gesundheit in Mio. Franken.

## 6.7 Aidspolitik im Kanton Graubünden

Der Kanton Graubünden wird von der HIV/Aids-Problematik nicht stark betroffen. Die Anzahl positiver Testresultate pro 100'000 EinwohnerInnen liegt klar unter dem gesamtschweizerischen Wert. Mit 125.2 positiven Tests pro 100'000 EinwohnerInnen (zwischen 1985 und 2001) liegt der Kanton Graubünden auf dem 14. Platz. Aidsfälle wurden in Graubünden zwischen 1983 und 2001 insgesamt 84 diagnostiziert (Bundesamt für Gesundheit 2002).

Das Bündnerische *policy monopoly* im HIV/Aids-Bereich setzt sich aus mehreren staatlichen und zwei privaten Akteuren zusammen. Auf der staatlichen Ebene ist in erster Linie das dem Sanitätsdepartement angegliederte Gesundheitsamt sowie der Kantonsarzt zu erwähnen. Die für Aidsprävention an Schulen zuständige Person war zum Zeitpunkt der Datenerhebung im Amt für Mittelschulen tätig. Bei einem weiteren staatlichen Akteur handelt es sich um die HIV-Sprechstunde am Churer Kantonsspital, die nicht nur für die medikamentengestützte Therapie von HIV und Aids zuständig ist, sondern im Zusammenhang mit dem HIV-Test auch ein Counselling anbietet. Der Verein Aids-Hilfe Graubünden (AHGR) ist im Auftrag des Kantons für die Umsetzung von Aids-relevanten Massnahmen zuständig. Schliesslich kann auch die Beratungsstelle für Familienplanung, Sexualität, Schwangerschaft und Partnerschaft adebar zum Bündnerischen *policy monopoly* gezählt werden, obschon das Thema HIV/Aids-Prävention in der Angebotspalette dieser Stelle nur einen marginalen Stellenwert einnimmt.<sup>88</sup>

Das HIV/Aids-spezifische Angebot des Kantons Graubünden in den Bereichen Prävention und Therapie kann folgendermassen zusammengefasst werden (vgl. Tabelle 10).

---

<sup>88</sup> Die aufgezählten Akteure sind alle in der Kantonalen Aidskommission vertreten, die seit rund 15 Jahren existiert.

**Tabelle 10: Die wichtigsten Angebote in den Bereichen Prävention und Therapie im Kanton Graubünden auf einen Blick (Stand 2003)**

Bereiche/Träger	Aids-Hilfe Graubünden	HIV-Sprechstunde/Kantonsspital
<i>Migration</i>	Präventionsveranstaltungen in Durchgangszentren	
<i>Schule</i>	-Yes or No <sup>89</sup> -Peer Group Educators <sup>90</sup>	
<i>Prostitution</i>	-APiS -Don Juan	
<i>Counselling</i>	telefonisch-anonym, persönlich	Prä- und Post-Test-Counselling
<i>HAART</i>		HIV-Sprechstunde

### 6.7.1 Das policy image in der Normalisierungsphase

Die Beziehungen zwischen dem präventiven und dem klinischen Bereich werden von den befragten Aidsfachleuten des Kantons Graubünden unisono als sehr gut und konstruktiv bezeichnet. Es bestehe ein sehr guter Austausch und eine gute Zusammenarbeit zwischen beiden Bereichen. Man betrachte sich nicht als Konkurrenten, sondern vielmehr als komplementäre Partner im Kampf gegen die weitere Ausbreitung von HIV und Aids. Vom Leiter der bündnerischen HIV-Sprechstunde stammt das folgende Zitat:

„Die von der Prävention sind froh, dass, wenn die Prävention versagt hat, man eine gute Therapie anbietet. Und die, die Therapie machen, sind froh, wenn die Prävention wirkt und möglichst wenig Leute krank werden.“

Das Vorhandensein irgendwelcher Konflikte wird von den befragten Akteuren in Abrede gestellt. Verteilungskonflikte seien gar nicht möglich, da die beiden Bereiche aus völlig unterschiedlichen Kassen finanziert würden. Noch einmal der Leiter der HIV-Sprechstunde zu dieser Thematik:

<sup>89</sup> Im Rahmen des Projektes *Yes or No* werden in Zusammenarbeit mit der Jugend- und Drogenberatung sowie der Beratungsstelle adebar dreitägige Gesundheitsförderungsprojekte durchgeführt. Das Projektziel besteht darin, die personalen, kognitiven und sozialen Kompetenzen der SchülerInnen in den Bereichen Sexualität, Aids und Drogen zu erweitern.

<sup>90</sup> Dieses Projekt wird an den Churer Kantonsschulen durchgeführt. Ein Schüler und eine Schülerin aus jeder vierten Klasse werden in eine thematische Projektwoche delegiert. Dabei arbeiten sie unter der Leitung der AHGR an den Themen Liebe, Sexualität und HIV/Aids. Anschliessend führen die *Peer Group Educators* einen halbtägigen Workshop mit ihren Klassen durch.

„Es sind [...] andere Töpfe, die diese Kasse füllen. Die Aids-Hilfe wird ja auch vom Kanton unterstützt. Aber die Aids-Hilfe hätte nichts davon, wenn der Kanton hier etwas sparen würde. Es gibt kein Budget Aids des Kantons, woraus so viel in die Aids-Hilfe fliesst, und so viel ins Kantonsspital. Sondern die Beiträge fließen über die normale Subventionierung. Wenn man meine Stelle streichen würde, würde die Aids-Hilfe keinen Rappen mehr verdienen.“

Diese Ausführungen verdeutlichen, dass es keine Hinweise dafür gibt, dass das in Graubünden vorherrschende *policy image* in der Normalisierungsphase bereits unter Druck geraten ist. Von den im HIV/Aids-Bereich tätigen Akteuren glaubt denn auch niemand daran, dass der *New Public Health*-Ansatz wieder rückgängig gemacht werden könnte.

### **6.7.2 Der policy venue in der Normalisierungsphase**

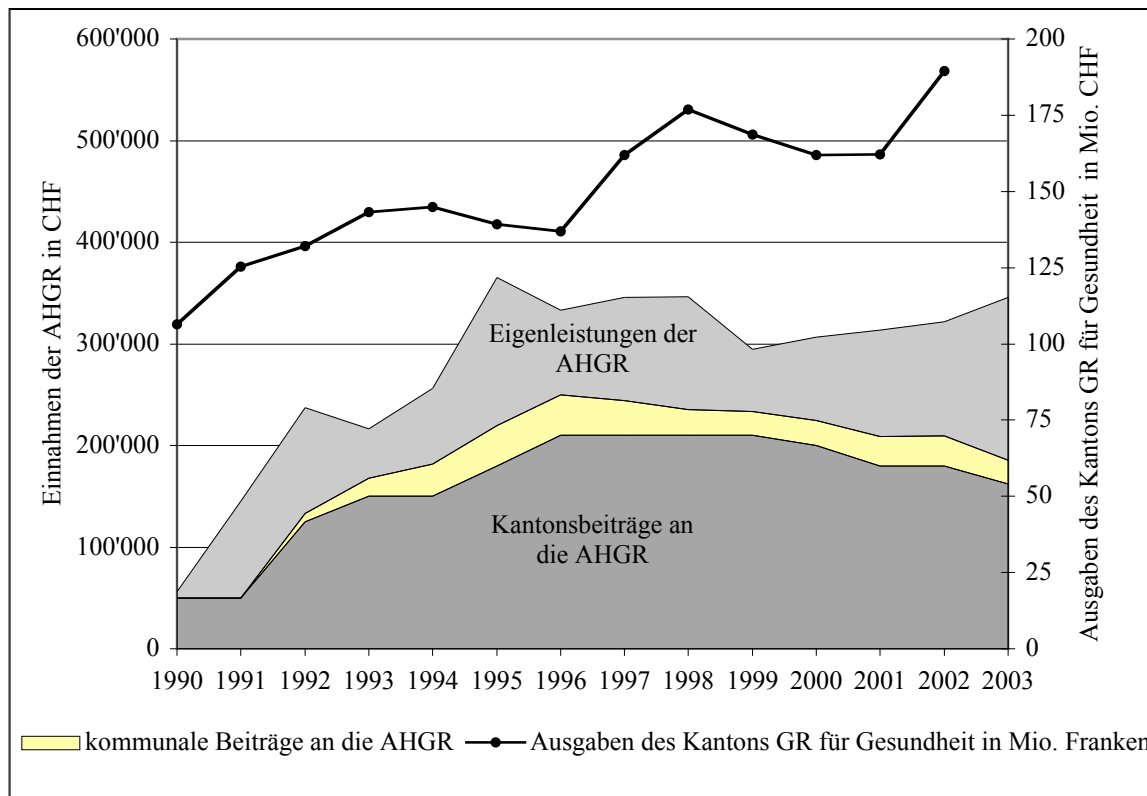
In der Bündner Aidspolitik fanden keine nennenswerten strukturellen bzw. regulatorischen Veränderungen statt. Verschiedene strukturelle Änderungen sind zwar in Erwägung gezogen, aus verschiedenen Gründen aber wieder fallen gelassen worden. So wurde zum Beispiel in der Kantonsverwaltung diskutiert, die Aids-Hilfe mit der Beratungsstelle für Familienplanung, Sexualität, Schwangerschaft und Partnerschaft zusammenzulegen. Die Aids-Hilfe konnte aber an einer Aussprache mit dem ehemaligen Regierungsrat und dem Sozialamtsvorsteher erfolgreich begründen, weshalb die Existenz zweier unterschiedlicher Stellen Sinn macht. Auch die im Rahmen der Gesamtverwaltungsreform in Erwägung gezogene Auflösung der kantonalen Aidskommission kam nicht zustande. Schliesslich war auch der in einem Konzept zur Gesundheitsförderung und Prävention vorgesehenen Schaffung einer kantonalen Präventionsstelle kein Erfolg beschieden. Die Nicht-Realisierung dieser prioritären Massnahme wurde nicht nur mit den angeschlagenen Kantonsfinanzen begründet, sondern auch damit, dass mit dem Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung (ZEPPRA) unterdessen eine andere Präventionsmassnahmen realisiert worden sei.

Die einzige nennenswerte regulatorische Veränderung betrifft die geplante Einführung eines Leistungsvertrages zwischen den kantonalen Behörden und deren Aids-Hilfe. Dieses Vorhaben wird mit dem Wechsel an der Spitze des für das Aidsdossier zuständigen Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartementes in Verbindung gebracht. Der seit 2003 amtierende Departementsvorsteher legt offenbar im Gegensatz zu seinem Vorgänger mehr Wert auf solche Führungsinstrumente. Der Wechsel an der Departementsspitze hatte zudem zur Folge, dass der vormals direkte Draht der Aids-Hilfe in die Bündler Regierung gekappt wurde: die AHGR ist neu administrativ dem Gesundheitsamt zugewiesen worden.

Verglichen mit anderen untersuchten Kantonen sieht die finanzielle Situation der Aidsprävention im Kanton Graubünden gar nicht so schlecht aus. Zwar sind die Kantonsbeiträge an

die Aids-Hilfe seit einigen Jahren rückläufig, der Gesamtertrag der AHGR konnte aber gesteigert werden (vgl. Abbildung 11).

**Abbildung 11: Entwicklung der Einnahmen der AHGR 1990-2003<sup>91</sup>**



Quelle: Jahresberichte der AHGR 1990-2003; Eidgenössische Finanzverwaltung.

Alle Indizien sprechen dafür, dass die Kürzungen der Kantonsgelder in erster Linie mit den Sparbemühungen des Kantons in Verbindung gebracht werden müssen. Von den linearen Kürzungen waren alle vom Kanton subventionierten Organisationen gleichermassen betroffen, unabhängig von deren thematischer Ausrichtung und Angebot. Nur eine Stimme gab es, die auch die im Aidsbereich eingetretene Normalisierung als Begründung für den Rückgang der Kantonssubventionen anführte. Wie dem auch sei, eine Angebotsanpassung oder gar –reduktion im Bereich der Aidsprävention hat bis jetzt nicht stattgefunden. Dies ist auch das Verdienst der AHGR, die es geschafft hat, neue Geldquellen zu erschliessen. Insofern gibt es auch keine Befürchtungen, dass in näherer Zukunft die Existenz der AHGR gefährdet sein könnte.

Eine HIV-Sprechstunde existiert in Chur gemäss Angaben des Leiters bereits seit den späten 80er Jahren. Die Sprechstunde sei jedoch lange nur nebenbei geführt worden. Erst ab

<sup>91</sup> Die linke Grössenachse bezieht sich auf die Einnahmen der AHGR in Franken, die rechte Grössenachse auf die Ausgaben des Kantons Graubünden für Gesundheit in Mio. Franken.

1999 sei für das Gebiet der Infektiologie und HIV offiziell eine 40%-Stelle geschaffen worden. Diese sei ab 2001 noch einmal um 10% auf die aktuellen 50% aufgestockt worden. Um den Ausbau der HIV-Sprechstunde zu erreichen, bedurfte es offenbar eines grossen Druckes des Stelleninhabers, der mit seiner Abwanderung nach Zürich drohen musste, um eine Stellenaufstockung zu erreichen. Der Entscheid für die Schaffung einer 40%-Stelle und für die erst kürzlich erfolgte Aufstockung ist schliesslich innerhalb der Spitaldirektion gefällt worden.

### 6.7.3 Fazit

Die oben stehenden Ausführungen verdeutlichen, dass in der Bündner Aidspolitik in der Normalisierungsphase weder das *policy image* noch der *policy venue* unter Druck geraten sind. Das den Aidsbereich dominierende *policy monopoly* kann demzufolge als sehr stabil bezeichnet werden. Obschon die kantonalen Subventionen für den Aidsbereich in den letzten Jahren rückläufig sind, ist es in Graubünden bis dato zu keiner Angebotsreduktion gekommen. Der klinische Bereich konnte eine Aufstockung der HIV-Sprechstunde nur mit der Androhung einer Abwanderung des Leiters erwirken. Diese Ausführungen verdeutlichen, dass sich die Bündner Aidspolitik in einem negativen Feedback-Prozess befindet, der sich dadurch auszeichnet, dass keine radikalen Veränderungen, sondern nur solche inkrementalistischer Natur stattfinden. Insofern war in der Untersuchungsperiode kein *policy change* im Sinne der *Punctuated Equilibrium Theory* festzustellen.

## 6.8 Aidspolitik im Kanton Aargau

Der Kanton Aargau wurde von der HIV/Aids-Epidemie weniger stark betroffen als andere Kantone. Zwischen 1985 bis 2001 wurden 90.6 positive Tests pro 100'000 EinwohnerInnen registriert, nur in sechs anderen Kantonen waren es noch weniger. Zwischen 1983 bis 2001 wurden nur 51.1 Aidsfälle pro 100'000 EinwohnerInnen gemeldet, im Kanton Genf etwa waren es in derselben Zeitspanne 225.8 oder im Kanton Zürich 181.6 Fälle (Bundesamt für Gesundheit 2002).

Das aargauische *policy monopoly* im Bereich HIV/Aids umfasst auf Seiten der NGOs einen zentralen Akteur: die Aids-Hilfe Aargau (AHA). Auf staatlicher Seite wird das Aidsdossier in erster Linie vom Kantonsärztlichen Dienst betreut. Für die Aidsprävention an Schulen ist die Sektion Unterricht verantwortlich, die dem Departement für Bildung, Kultur und Sport angegliedert ist. Weitere Organisationen, die sich mit der Aidsthematik auseinandersetzen,

sind die Beratungsstelle Gesundheitsbildung sowie die Fachstelle für Aids, Sexualität und Sucht (FASS), bei der es sich eigentlich um eine kantonale Arbeitsgruppe handelt.<sup>92</sup>

Der therapeutische Bereich von HIV und Aids wird von den beiden Kantonsspitalern Aarau und Baden wahrgenommen, die je eine HIV-Sprechstunde anbieten. Diejenige am Kantonsspital Aarau ist allerdings deutlich grösser: in Aarau werden etwas mehr als 200, in Baden ungefähr 30 HIV-PatientInnen betreut.

Das HIV/Aids-spezifische Angebot im Kanton Aargau kann tabellarisch folgendermassen zusammengefasst werden (vgl. Tabelle 11).

**Tabelle 11: Die wichtigsten Angebote in den Bereichen Prävention und Therapie im Kanton Aargau auf einen Blick (Stand 2003)**

Bereiche/Träger	Aids-Hilfe Aargau	HIV-Sprechstunde/Kantonsspital
<i>Migration</i>	Beteiligung am Projekt Feminasana der Caritas Aargau	
<i>Schule</i>	Schulprojekt mit verschiedenen Modulen	
<i>Prostitution</i>	APiS	
<i>Counselling</i>	persönliche, telefonische und Online-Beratung	persönliche Testberatung, falls gewünscht
<i>HAART</i>		HIV-Sprechstunde

### 6.8.1 Das policy image in der Normalisierungsphase

Die Beziehungen zwischen den beiden wichtigsten Bereichen des aargauischen *policy monopoly* sind nicht besonders intensiv und eher informeller Natur. Es findet aber eine gegenseitige Zuweisung von KlientInnen und Personen statt, die Informationen und Beratungsleistungen aus dem jeweils anderen Bereich beanspruchen. Die befragten, im HIV/Aids-Bereich tätigen Akteure weisen mit Nachdruck darauf hin, dass die nicht besonders stark ausgeprägte Zusammenarbeit zwischen dem klinischen und dem präventiven Bereich nicht dahingehend zu interpretieren sei, dass zwischen beiden Bereichen ein ideeller Konflikt vorhanden sei. Das bis anhin in der Aidspolitik vorherrschende *policy image* stosse weiterhin auf breite Akzeptanz.

Im Kanton Aargau besteht weder in Bezug auf die inhaltliche Ausrichtung der kantonalen Aidspolitik noch auf die Mittelverteilung ein Konflikt zwischen den Akteuren des klini-

<sup>92</sup> Die beiden letzteren Akteure betreiben selbst kein Angebot in den untersuchten Bereichen, sind aber aufgrund ihrer Koordinations- und Vermittlungsaktivitäten von Bedeutung.



schen und des präventiven Bereichs. Insofern ist der *New Public Health*-Ansatz im Kanton Aargau nach wie vor fest verankert. Wenn überhaupt, dann wird *New Public Health* nicht von der klinischen Seite bedroht, sondern vielmehr von Sparbemühungen oder auch anderen Prioritätensetzungen seitens der politischen Akteure des Kanton Aargau.

Verteilungskonflikte zwischen dem präventiven und dem klinischen Bereich sind so gut wie ausgeschlossen, da die beiden Bereiche völlig unabhängig voneinander finanziert werden. Der Leiter der aargauischen HIV-Sprechstunde zu diesem Thema:

„Da können keine Konflikte entstehen, da es einfach zwei so getrennte Bereiche sind, dass niemand argumentieren kann: ‚Wir finanzieren schliesslich die HIV-Behandlung am Kantonsspital, darum bekommt die Aids-Hilfe kein Geld‘. Das hat nichts miteinander zu tun.“

### 6.8.2 Die Entwicklung des *policy venue*

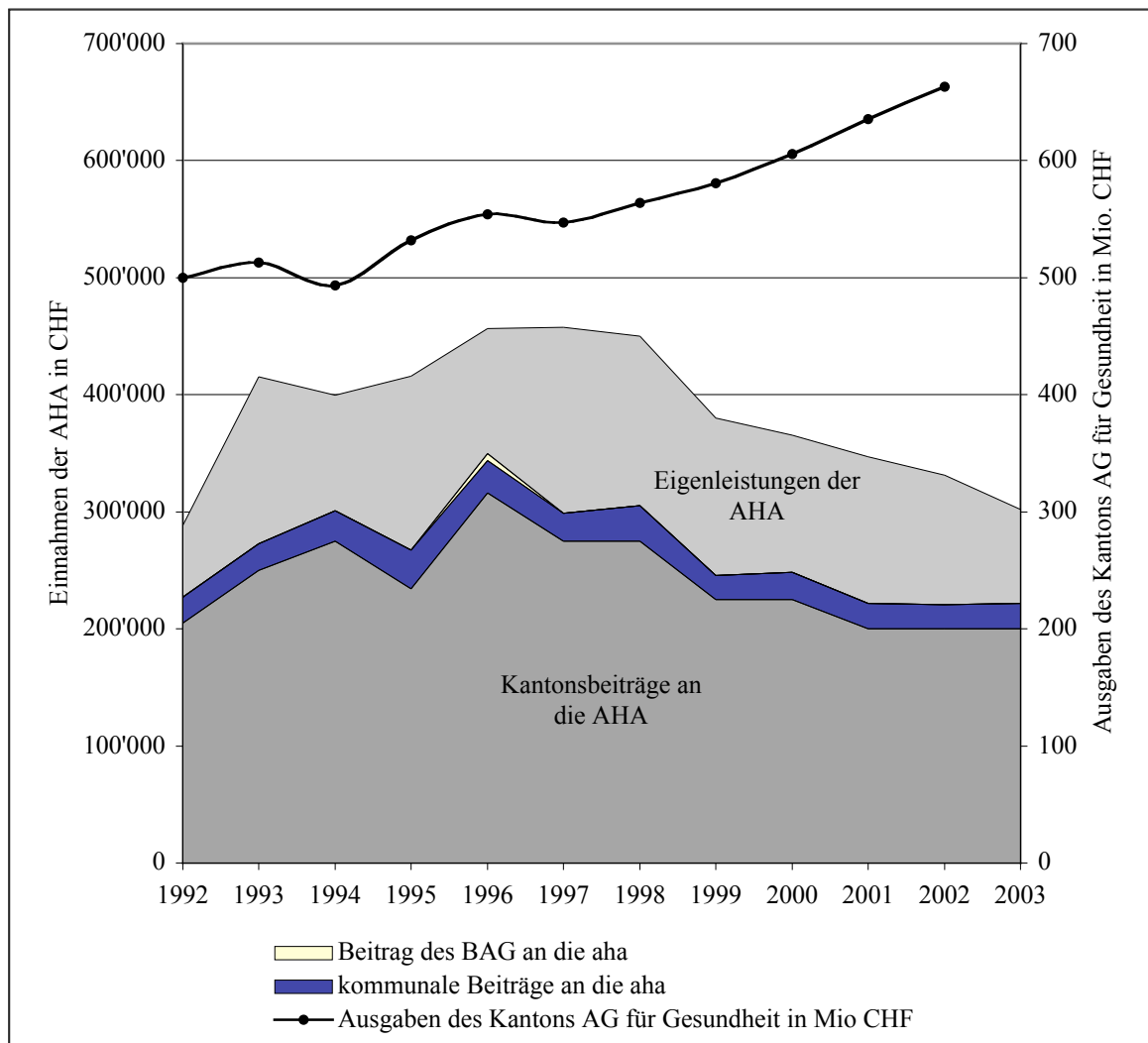
Das HIV/Aids-spezifische *policy monopoly* aargauischer Provenienz zeichnet sich durch eine hohe Stabilität aus. Drei Akteure bilden den Kern dieses Netzwerkes: die Aids-Hilfe Aargau, der Kantonsärztliche Dienst sowie das Kantonsspital. Laut Angaben der befragten Fachleute haben in der Untersuchungsperiode weder strukturelle noch regulatorische Veränderungen stattgefunden.<sup>93</sup> Ende der 90er Jahre kam es jedoch zu einem erheblichen Rückgang der kantonalen Mittel für die Aidsprävention (vgl. Abbildung 12).

Von den Akteuren der kantonalen Verwaltung wird dieser Ressourcenrückgang nicht mit der eingetretenen Normalisierung begründet, sondern mit dem auf den Kantonsfinanzen lastenden Spardruck. Von der AHA hingegen wird die Ansicht vertreten, dass vor allem bei der ersten, umfangreicheren Kürzung des Jahresbeitrags für das Jahr 1999 die im Aidsbereich eingetretene Normalisierung sehr wohl zur Begründung von Sparmassnahmen herhalten musste. Diese Einschätzung wird gestützt durch eine Analyse der aargauischen Grossratsprotokolle. Die Voten im Grossen Rat zu den Beitragskürzungen deuten nämlich darauf hin, dass in der politischen Diskussion die Normalisierung und damit der Bedarf an HIV/Aids-Prävention sehr wohl zur Begründung der Reduktion gebraucht wurde. Im Gegensatz zu den Parlamentsangehörigen waren die Fachleute des Kantonsärztlichen Dienstes nicht der Ansicht, dass aufgrund der Normalisierung kantonale Beiträge an die AHA gekürzt werden sollten.

---

<sup>93</sup> Seitens des neuen Vorstehers des Gesundheitsdepartementes wurde im Jahre 2001 eine Zusammenlegung der AHA mit der Familienplanungsstelle angedacht. Dies erfolgte im Rahmen von Überlegungen zu Synergien und Sparpotenzialen.

Abbildung 12: Entwicklung der Einnahmen der AHA 1992-2003<sup>94</sup>



Quelle: Jahresberichte der AHA 1992-2003; Eidgenössische Finanzverwaltung.

Der Rückgang der finanziellen Ressourcen hatte zur Folge, dass die AHA ihre Personal- und Mietausgaben reduzieren sowie ein Angebot im Bereich der Unterstützung von HIV-positiven bzw. aidskranken Menschen ganz streichen musste. Das Angebot im Präventionsbereich wurde jedoch von dieser Sparmassnahme nicht tangiert. Die knappe Finanzlage der AHA hat zur Folge, dass es mit grossen, wenn nicht sogar unüberwindbaren Schwierigkeiten verbunden ist, neue Projekte zu testen und einzuführen. Zudem ist der Zeitbedarf, der für die Mittelbeschaffung eingesetzt werden muss, enorm gestiegen.

<sup>94</sup> Die linke Grössenachse bezieht sich auf die Einnahmen der AHA in Franken, die rechte Grössenachse auf die Ausgaben des Kantons Aargau für Gesundheit in Mio. Franken.

Nicht nur die AHA hat mit knappen Ressourcen zu kämpfen, sondern auch das im HAART-Bereich führende Kantonsspital Aarau. Dessen HIV-Sprechstunde ist schon lange unterdotiert und die anfallenden Aufgaben können fast nicht mehr bewältigt werden. Ein Gesuch um eine zweite Assistenzstelle für den Bereich Infektiologie und HIV wurde mehrmals, trotz intensiven Bemühungen, von der Spitalleitung abgelehnt. Der Leiter der HIV-Sprechstunde sah sich deshalb gezwungen, sich um eine Fremdfinanzierung für eine zusätzliche Assistenzstelle zu bemühen. Seit September 2003 finanzieren nun acht Firmen aus der Antibiotika-Branche eine auf zwei Jahre befristete Assistenzstelle. Die HIV-Sprechstunde hegt die Hoffnung, danach eine offizielle, unbefristete Stelle einführen zu können.

Die angespannte Ressourcenlage im klinischen Bereich wird vom Leiter der HIV-Sprechstunde vor allem auf den im Kanton allgegenwärtigen Spardruck zurückgeführt, aber auch auf das schlechte Image von HIV/Aids generell:

„Es hat halt etwas anrüchiges. Es sind die Fixer und die Schwulen und alle anderen unanständigen Leute, die so was haben. Hier [im Kanton Aargau] sind wir völlig ab der Welt.“

### **6.8.3 Fazit**

Die oben stehenden Ausführungen hinsichtlich der Entwicklungen, die im Bereich des *policy image* und des *policy venue* stattgefunden haben, lassen den Schluss zu, dass im Kanton Aargau kein tiefgreifender Politikwandel stattgefunden hat und ein solcher auch nicht zu erwarten ist. Das kantonale *policy monopoly* präsentiert sich also als sehr stabil. Die für den Aidsbereich bereitgestellten Mittel haben zwar in der Phase der Normalisierung stark abgenommen. Diese Entwicklung ist jedoch nicht zugunsten des klinischen Bereichs erfolgt. Im Gegenteil, der klinische Bereich hat selber unter einer angespannten Finanzsituation zu leiden. Weder die Stabilisierung der HIV-Infektionsraten noch die Verfügbarkeit einer wirksamen medikamentengestützten Therapie haben zu einer Infragestellung der gewählten Lösungsstrategie geführt, die der aargauischen Aidspolitik zugrunde liegt. Der *New Public Health*-Ansatz und damit das dominierende *policy image* bleiben im Kanton Aargau unangetastet.

## **6.9 HIV/Aids auf der makropolitischen Agenda**

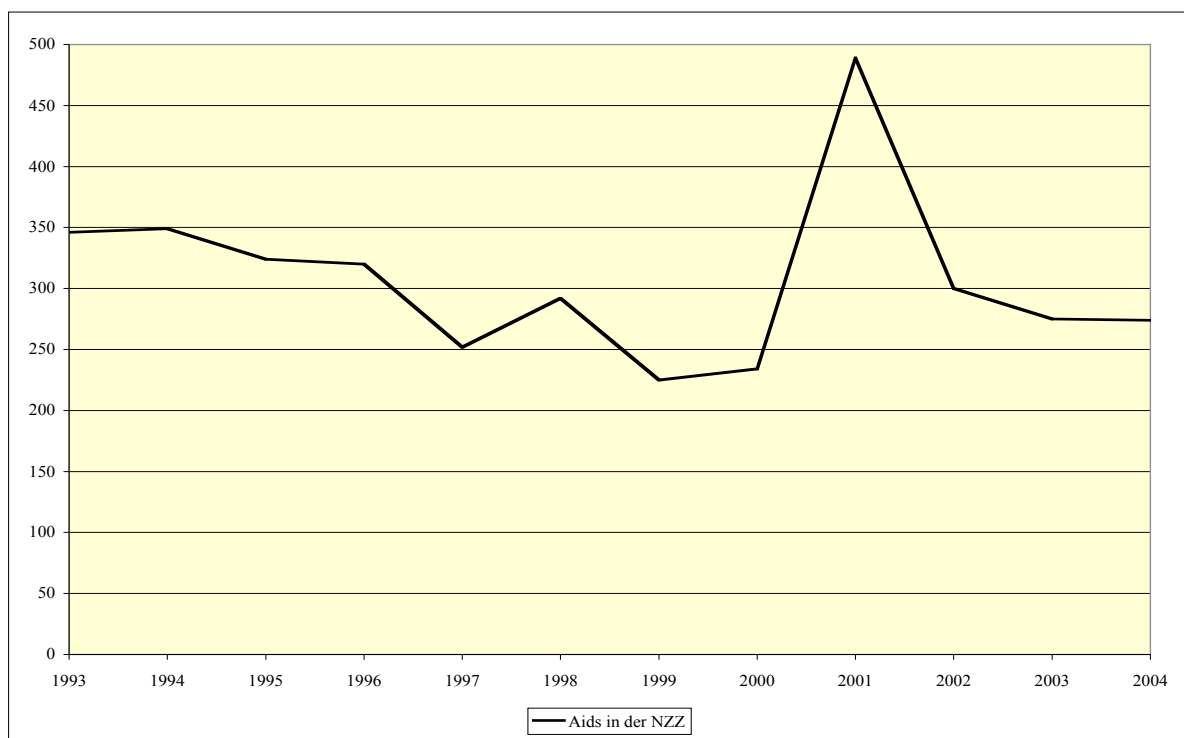
Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln mittels einer Analyse der nationalen und sieben kantonalen Aidspolitiken in einem Zeitraum von beinahe zehn Jahren die beiden ersten Hypothesen dieser Dissertation angegangen wurden, wird in diesem Kapitel der Fokus auf HIV/Aids-spezifische Agendasetting-Prozesse gelegt. Dabei wird insbesondere die Frage

geklärt, in welchem Ausmass die HIV/Aids-Thematik Zugang auf die makropolitische Agenda gefunden hat und welche Dimensionen dabei im Zentrum der Debatte standen. Zu diesem Zweck wurde zum einen die im Inlandteil der NZZ erfolgte Berichterstattung über HIV/Aids in den Jahren 1993 bis 2003 analysiert. Zum anderen wurden die zwischen 1983 bis 2004 zu diesem Themenbereich eingereichten Parlamentsvorstösse untersucht. In den beiden folgenden Unterkapiteln werden die Ergebnisse dieses Untersuchungsteils vorgestellt.

### 6.9.1 Die Berichterstattung über HIV/Aids in der NZZ

Sucht man in der Online-Datenbank der NZZ<sup>95</sup> nach dem Begriff ‚Aids‘, ohne die damit zusammenhängenden Inhalte zu berücksichtigen, erhält man eine Trefferzahl, die für die Zeitperiode von 1993 bis 2004 folgendes Bild ergibt (vgl. Abbildung 13).

**Abbildung 13: Das Stichwort ‚Aids‘ in der NZZ**



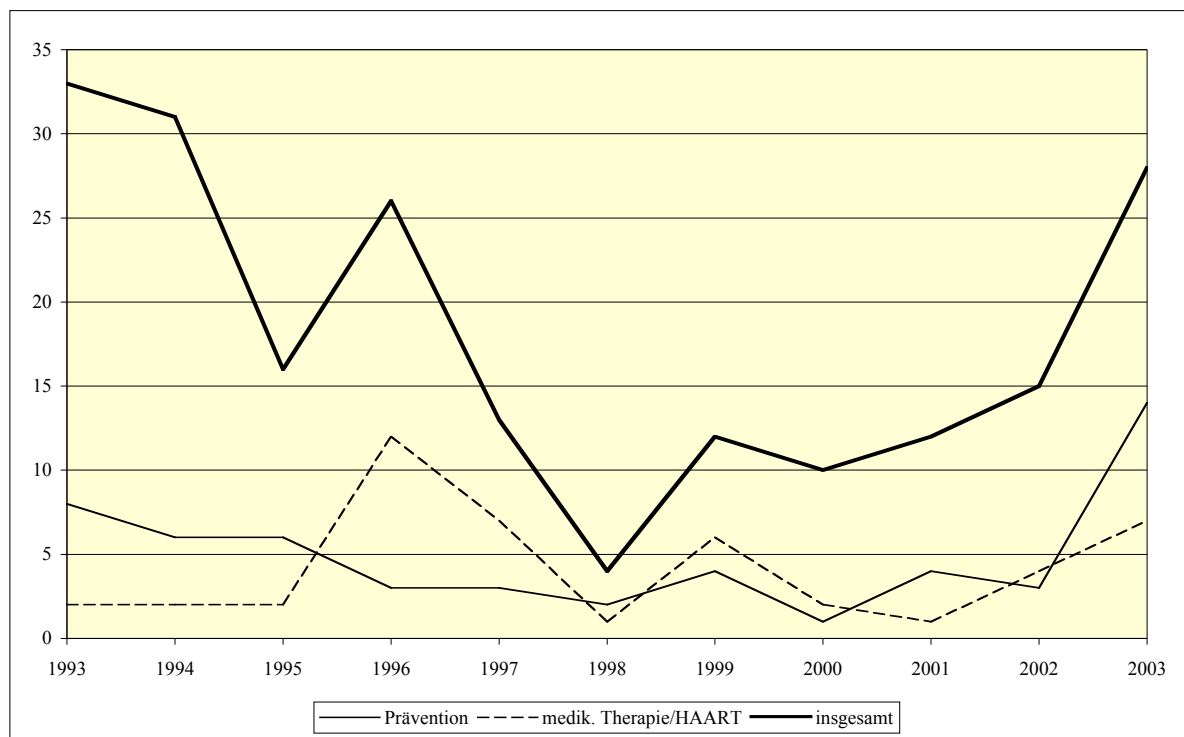
Aus der oben stehenden Abbildung wird ersichtlich, dass die Aidsthematik in den 90er Jahren offenbar auch in der Berichterstattung der Neuen Zürcher Zeitung eine Art Normalisierungsprozess durchgemacht hat, ist doch die Trefferzahl ab 1993 bis 2000 beinahe kontinuierlich gesunken. Es fällt auf, dass nicht einmal im Jahre 1996, als die neuen Möglich-

<sup>95</sup> Vgl. [www.lexisnexis.com](http://www.lexisnexis.com)

keiten in der medikamentösen Behandlung von HIV/Aids einer breiten Öffentlichkeit bekannt gegeben wurden, ein Wiederanstieg der Treffer zu verzeichnen ist. Im Gegensatz dazu hat scheinbar der zu Beginn des neuen Jahrtausends eingesetzte Wiederanstieg der HIV-Infektionen sowie der zunehmende Fokus auf die globale Dimension des Problems seine Spuren in der NZZ-Berichterstattung hinterlassen. Anders lässt sich der im Jahre 2001 erfolgte frappante Wiederanstieg der Trefferzahl kaum erklären.

Abbildung 13 sagt jedoch nichts darüber aus, welche thematischen Schwerpunkte in der NZZ-Berichterstattung gelegt wurden. Aus diesem Grund wurden 200 im gleichen Zeitraum im Inlandteil der NZZ erschienene Artikel zu HIV und Aids genauer untersucht. Diese Auswertung ergibt folgendes Bild (vgl. Abbildung 14). Anfangs der 90er Jahre erreichte die Anzahl Artikel mit über 30 die höchste Zahl. Danach sank das Interesse der NZZ-Inlandredaktion an diesem Thema bis 1998 beinahe kontinuierlich auf einen Tiefpunkt ab. Eine Ausnahme bei dieser Entwicklung bildet einzig das Jahr 1996, in dem die Erfolge der Kombinationstherapie erstmals einer breiten Öffentlichkeit bekannt gegeben wurden. Ab 1998 nimmt die Bedeutung der Berichterstattung über HIV und Aids wieder zu.

**Abbildung 14: Die Berichterstattung über HIV/Aids im Inlandteil der NZZ**



Die Frage, weshalb die Berichterstattung über HIV und Aids nach 1998 wieder stetig zugenommen hat, ist nicht einfach zu beantworten. Mit einiger Wahrscheinlichkeit können für diese Entwicklung zwei Gründe verantwortlich gemacht werden:

1. Nachdem sich die Berichterstattung in den ersten Jahren der Aidsproblematik vorwiegend auf die dadurch verursachten inländischen Probleme fokussierte, gewinnt gegen Ende der 90er Jahre die globale Dimension der HIV/Aids-Epidemie zunehmend an Bedeutung. In einer stetig wachsenden Anzahl von Artikeln wird die fatale Entwicklung der Epidemie in besonders betroffenen Weltregionen (insbesondere Schwarzafrika und in Teile Asiens) thematisiert.
2. Gleichzeitig hat der im neuen Jahrtausend in der Schweiz zu verzeichnende Wiederanstieg der Neuinfektionen zur Folge, dass das Thema HIV und Aids auch hierzulande wieder vermehrt als ein öffentliches Problem wahrgenommen und entsprechend in den Medien thematisiert wird.

Diese Entwicklungen haben offensichtlich zu einer Neulancierung des Themas in der NZZ geführt.

Betrachtet man die Entwicklung der NZZ-Berichterstattung hinsichtlich der Themen ‚Prävention‘ bzw. ‚medikamentöse Therapie/HAART‘, so fällt auf, dass letzteres nur gerade in den Jahren 1996 und 1997 eindeutig stärker thematisiert wurde als Prävention. In den darauffolgenden sechs Jahren wurde HAART nur drei Mal stärker thematisiert als Prävention. Die steigende Anzahl der HIV-Infektionen führte offenbar dazu, dass in der Berichterstattung der Präventionsaspekt von HIV/Aids wieder vermehrt in den Vordergrund gerückt wird.

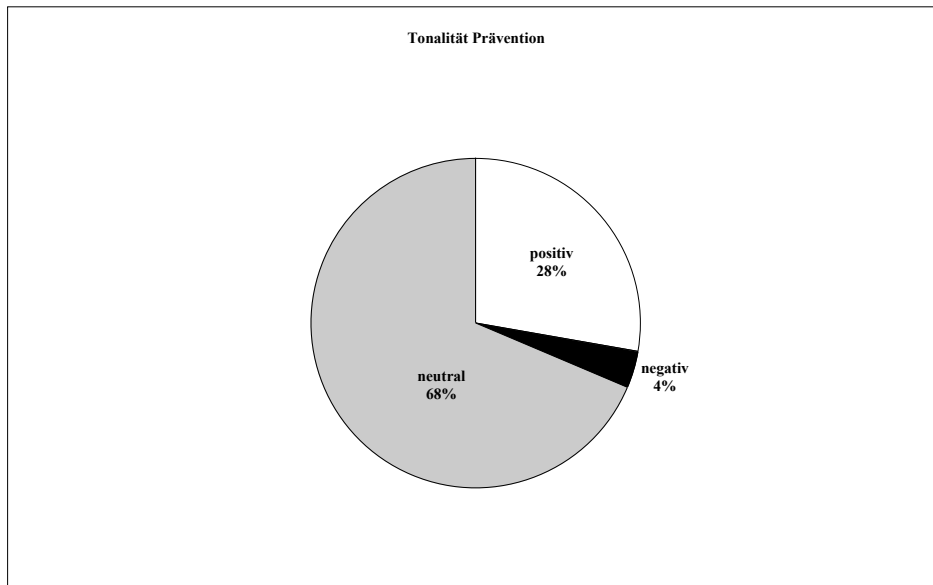
Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die seit Mitte der 90er Jahre verfügbare Kombinationstherapie bis jetzt das Thema ‚Prävention‘ noch nicht von der medialen Agenda zu verdrängen vermochte, zumindest nicht im Inlandteil der NZZ. Insofern zeigt sich an der Berichterstattung der NZZ, dass in der Schweiz bis dato der von Vielen prophezeite Niedergang des Präventionsgedankens in der Aidspolitik noch nicht eingetreten ist.

Dafür verantwortlich ist natürlich auch die Tatsache, dass es sich bei HAART nicht einfach um eine ungetrübte Erfolgsgeschichte handelt. Erstens kostet der Einsatz von Medikamenten in der Bekämpfung von HIV und Aids eine Menge Geld. Zweitens ist das Einnahmeschema der verschiedenen Medikamente recht kompliziert und die Nebenwirkungen sind je nach PatientIn immens. Drittens hat die Verfügbarkeit von Medikamenten einen negativen Einfluss auf das Präventionsverhalten: immer mehr Menschen verfallen dem Irrglauben, Aids sei unterdessen heilbar. In welchem Ton die beiden Bereiche ‚Prävention‘ sowie ‚medikamentöse Therapie/HAART‘ in den zehn untersuchten Jahren dargestellt wurden, veranschaulicht die nachfolgende Abbildung.<sup>96</sup>

---

<sup>96</sup> Wie die Tonalität in der Medienberichterstattung mit den Dimensionen ‚positiv‘, ‚negativ‘ und ‚neutral‘ gemessen wurde, wird in Kapitel 5.2.1 beschrieben.

**Abbildung 15: Die Tonalität der Prävention in der NZZ**

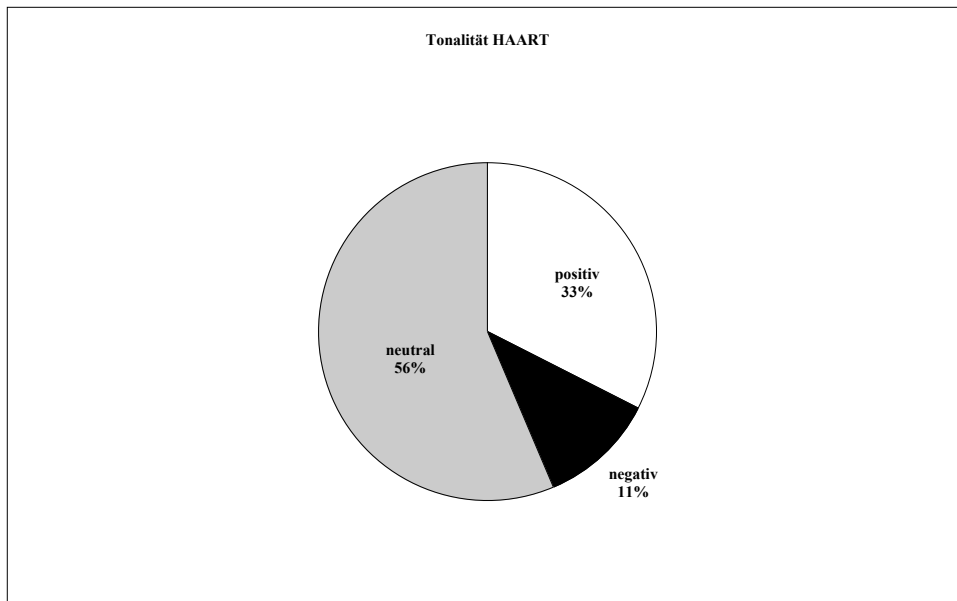


In der überwiegenden Mehrzahl der insgesamt 54 Artikel, in denen der Aspekt der Prävention behandelt wurde, erfolgte die Berichterstattung in neutraler Form (68%). In 28% der Artikel wurde Prävention mit positiven Attributen versehen. Das heisst, betont wurden die Wirksamkeit, der Erfolg präventiver Massnahmen im Kampf gegen die weitere Ausbreitung von HIV und Aids. Negative, kritikbehaftete Zuschreibungen erfolgten nur gerade in 4% der entsprechenden Artikel.<sup>97</sup> Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Berichterstattung im Inlandteil der NZZ insgesamt ein neutrales bzw. positives Bild über Präventionsmassnahmen vermittelte.

Wie können die entsprechenden Zahlen für den klinischen Bereich interpretiert werden? Im Gegensatz zum Präventionsbereich scheint das Thema medikamentöse Therapie/HAART in der Berichterstattung in stärkerem Ausmass zu polarisieren. Auf der einen Seite überwiegt der Anteil positiver, auf der anderen Seite jedoch auch der Anteil der negativen Zuschreibungen – verglichen mit der Prävention. Hingegen sind nur 56% der insgesamt 46 Artikel, in denen HAART thematisiert wurde, in neutralem Ton gehalten.

<sup>97</sup> In den zwei betreffenden Artikeln war die STOP AIDS-Kampagne des Jahres 2003 Gegenstand der Berichterstattung, die von der Schweiz. Bischofskonferenz wegen einzelner ihrer Ansicht nach moralisch verwerflichen Botschaften unter Beschuss geriet.

**Abbildung 16: Die Tonalität von HAART in der NZZ**



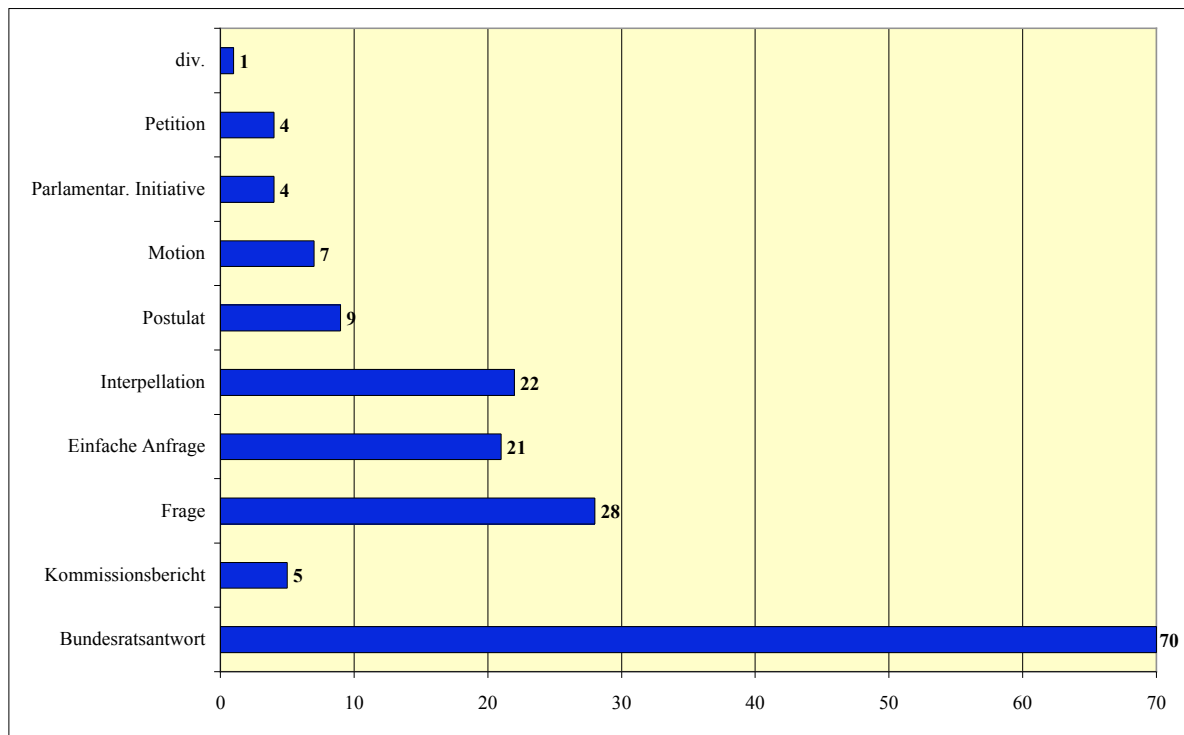
Die oben stehenden Ergebnisse müssen jedoch mit Vorsicht genossen werden, da nur eine einzige Zeitung – und davon nur der Inlandteil – ausgewertet wurde. Im nächsten Kapitel wird der Frage nachgegangen, ob die nach dem identischen Vorgehen ausgewerteten Bundesparlamentsdebatten zum Thema HIV und Aids ein ähnliches Bild ergeben wie die eben beschriebene Auswertung der 200 NZZ-Artikel.

### **6.9.2 Die Bedeutung von HIV/Aids im eidgenössischen Parlament**

Die Frage, welchen Niederschlag das Thema HIV und Aids im Bundesparlament gefunden hat, wurde mit der Analyse von 171 entsprechenden national- und ständerätlichen Geschäften untersucht, die zwischen 1983 und 2004 in den beiden Kammern behandelt wurden. Die nachstehende Abbildung zeigt auf, mit welchen parlamentarischen Mitteln die Parlamentsangehörigen versuchten, die HIV/Aids-Thematik in den Parlamentsbetrieb einzubringen.



**Abbildung 17: Parlamentsgeschäfte zu HIV/Aids (1983 bis 2004)**



Aus Abbildung 17 kommt klar zum Ausdruck, dass in der überwiegenden Zahl der Fälle nur wenig wirksame Mittel verwendet wurden, um HIV und Aids zu thematisieren. In 28 Fällen wurde auf das Mittel der Frage, in 21 Fällen auf das Mittel der Einfachen Anfrage, und in 22 Fällen auf das parlamentarische Mittel der Interpellation zurückgegriffen. Diesen parlamentarischen Mitteln gemeinsam ist die Tatsache, dass damit von der Exekutive einzig Auskunft über wichtige innen- und aussenpolitische Ereignisse und Angelegenheiten des Bundes verlangt werden kann; weiterreichende Folgen haben diese Vorstösse keine. Die weitaus wirksameren parlamentarischen Mittel des Postulates, der Motion sowie der parlamentarischen Initiative wurden nur in neun (Postulat), sieben (Motion) und vier (parlamentarische Initiative) Fällen eingesetzt.<sup>98</sup>

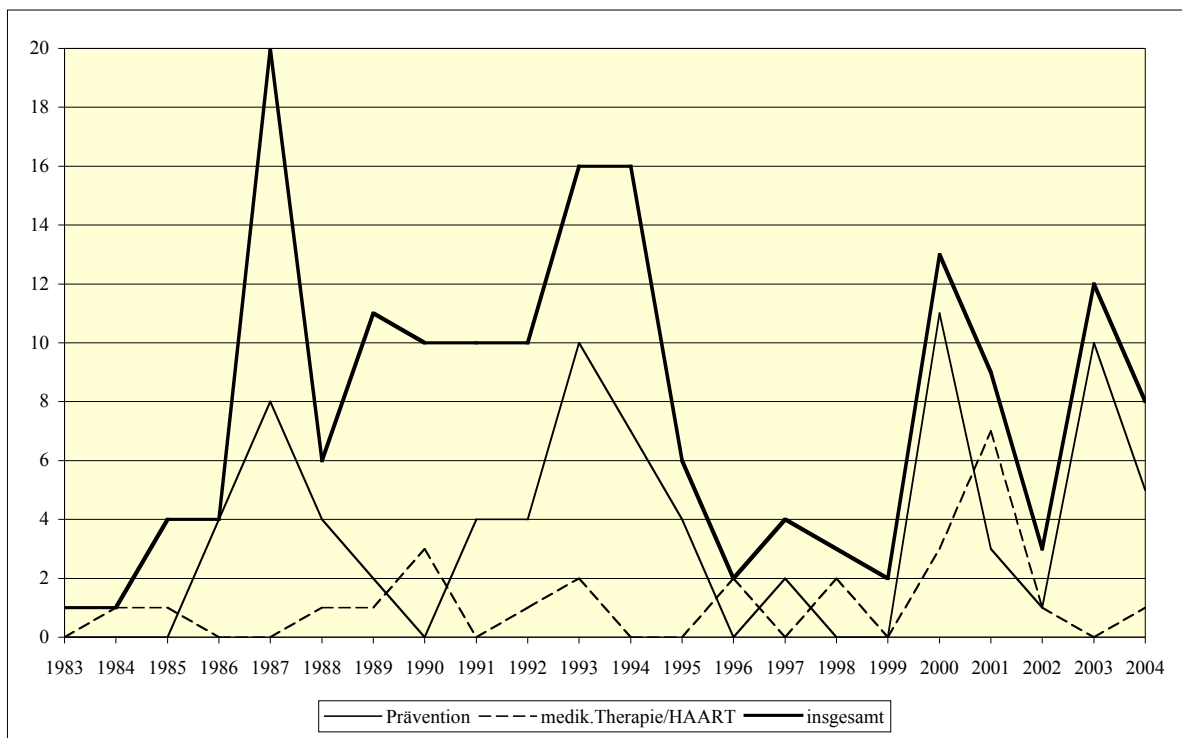
Bei den anderen in Abbildung 17 aufgeführten Fällen handelt es sich entweder um Stellungnahmen zu den in den Räten behandelten Geschäften oder um Petitionen. In die Untersuchung eingeflossen sind zudem 70 Antworten des Bundesrates zu den in den 21 Jahren eingereichten parlamentarischen Vorstössen sowie fünf Kommissionsberichte. Bei der Kategorie ‚div.‘ Handelt es sich um eine Stellungnahme des Eidgenössischen Departementes des Innern zu einer von der Jugendsession 1996 eingereichten Petition. Die anderen drei

<sup>98</sup> Die Frage, ob diese parlamentarischen Vorstösse eine Wirkung entfalteten und wie diese ausfiel, wurde im Rahmen dieser Studie nicht untersucht.

Petitionen stammen von der EDU (Aidskampagne des BAG), dem *Mouvement Humaniste* (Gegen die Herausgabe der Anti-Aids-Marke) sowie einer Gruppierung mit dem Namen Reform 91 (Inhaftierung von HIV/Aids-Infizierten).

Betrachtet man den zeitlichen Verlauf der „Aidsdebatte“ in der nationalen Legislative, so fällt auf, dass das Thema in der 21-jährigen Geschichte offensichtlich verschiedene Konjunkturphasen durchlaufen hat (vgl. nachstehende Abbildung).

**Abbildung 18: zeitlicher Verlauf der Geschäfte**



Einen ersten Höhepunkt erlebte das Thema HIV und Aids in den beiden Parlamentskammern im Jahre 1987 mit 20 eingereichten parlamentarischen Vorstössen bzw. entsprechenden Stellungnahmen. Diese Vielzahl von zu behandelnden Geschäften hängt mit dem Beginn der nationalen STOP AIDS-Kampagne zusammen, die im Jahre 1987 ihre erste Ausgabe erfuhr. Einen zweiten Höhepunkt erreichten die HIV/Aids-relevanten Parlamentsvorstösse bzw. Stellungnahmen in den Jahren 1993 und 1994. Auch diese zweite Spitze hängt mit der STOP AIDS-Kampagne zusammen, deren provokative Aussagen etliche Parlamentsangehörige zur Eingabe von Vorstössen veranlasste. Auch die beiden Spitzen in den Jahren 2000 und 2003 hängen mit der nationalen Aidspräventionskampagne zusammen.

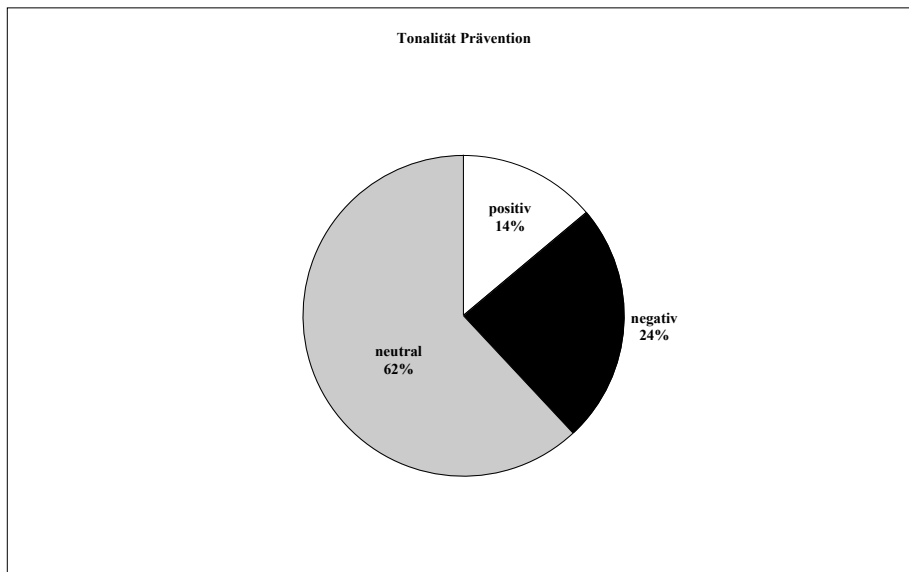
Aus Abbildung 18 wird ebenfalls ersichtlich, dass der Aspekt der Prävention bezüglich HIV/Aids im Verlaufe der Zeit nicht abgenommen und dem klinischen Bereich von HIV/Aids Platz gemacht hat. Eher das Gegenteil ist der Fall. Die beiden Spitzen der Jahre 2000 und 2003 gehen fast ausschliesslich auf das Konto der Prävention. Auffallend auch

die Tatsache, dass die seit 1996 existierende Verfügbarkeit einer wirksamen Kombinationstherapie zur Behandlung von HIV und Aids im Bundesparlament keinen Niederschlag findet. Während in der NZZ-Berichterstattung HAART für einige Jahre den Präventionsaspekt von HIV/Aids zu verdrängen vermag, ist eine solche Entwicklung im eidgenössischen Parlament nicht vorhanden.

Wie kann diese Tatsache erklärt werden? Die weitgehend fehlende Resonanz der seit Mitte der 90er Jahre verfügbaren medikamentösen Behandlung von HIV und Aids im Bundesparlament kann in erster Linie mit institutionellen Gründen erklärt werden. Zwar ist der Bund über den Schweizerischen Nationalfonds massgeblich an der Finanzierung der klinischen HIV/Aids-Forschung beteiligt, die Oberhoheit im Gesundheitswesen liegt aber bei den Kantonen. Der Bund tritt im klinischen Bereich selbst nicht als Angebotsträger auf. Somit bieten sich den eidgenössischen ParlamentarierInnen kaum entsprechende Interventionsmöglichkeiten. Im Präventionsbereich präsentiert sich die Ausgangslage genau mit umgekehrten Vorzeichen. Hier tritt der Bund mit der STOP AIDS-Kampagne selbst als Angebotsträger auf. Zudem ist er der wichtigste Geldgeber der Aids-Hilfe Schweiz, die wiederum für die Konzeption und Koordination von nationalen Präventionsaktivitäten zuständig ist. Insofern bieten sich den eidgenössischen Parlamentsangehörigen im Präventionsbereich viel eher Interventionsmöglichkeiten als im klinischen Bereich.

In welchem Ton werden der Präventions- und der klinische Bereich in den parlamentarischen Vorstössen bzw. den entsprechenden Stellungnahmen thematisiert? Abbildung 19 und Abbildung 20 verdeutlichen, dass – sofern die beiden Bereiche nicht in einem neutralen Ton thematisiert werden – in beiden Bereichen eine negative gegenüber einer positiven Tonalität überwiegt.

**Abbildung 19: Die Tonalität der Prävention im Parlament**



Von den insgesamt 79 parlamentarischen Vorstössen bzw. Bundesratsantworten, in denen der Präventionsaspekt in der einen oder anderen Form thematisiert wurde, wurde dieser elf Mal (14%) in einem positiven Licht, hingegen 19 Mal (24%) in einem negativen Licht dargestellt. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle (49, 62%) wurde der Präventionsaspekt in einem neutralen Licht dargestellt. Die Tatsache, dass die HIV/Aids-Prävention in den bundesparlamentarischen Geschäften vorwiegend in einem negativen Ton thematisiert wird, kann wiederum mit der STOP AIDS-Kampagne erklärt werden, die im Verlaufe ihrer Geschichte von rechts-konservativen christlichen Kreisen in regelmässigen Abständen mit Kritik eingedeckt wurde.<sup>99</sup>

<sup>99</sup> Am 3. Juni 2003 zum Beispiel reichte der Berner EDU-Nationalrat Christian Waber eine Interpellation mit dem Titel „Aidskampagne 2003. Verrückte Dimension?“ (Interpellation 03.3249) mit folgendem Wortlaut ein:

„Das Bundesamt für Gesundheit (BAG) lancierte, angesichts der dramatischen Zunahme von HIV-Ansteckungen, eine neue Plakatoffensive mit dümmlichen Aussagen:

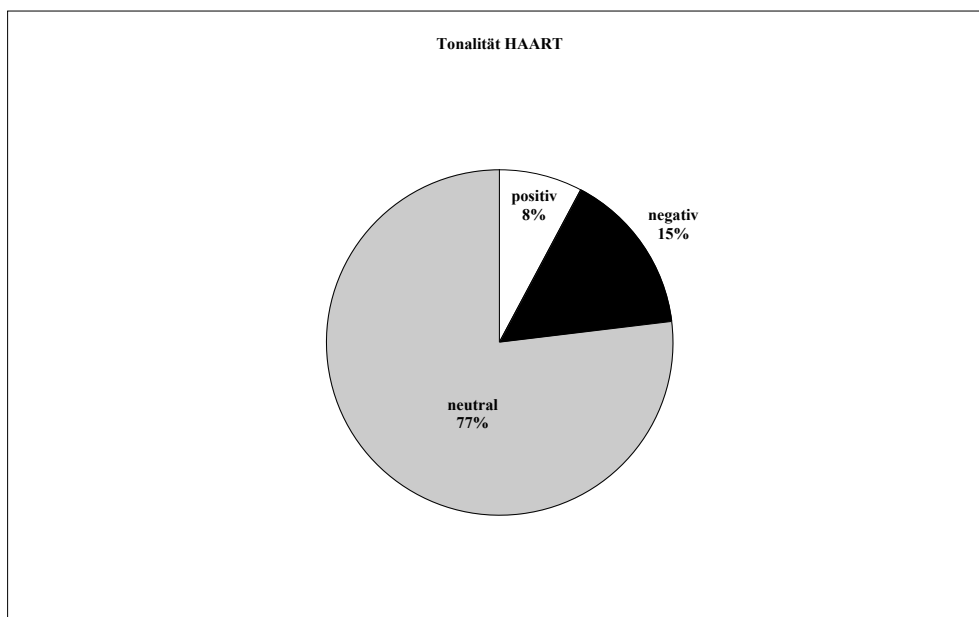
- „Liebe Gesundheitspolitikerinnen und –politiker, bitte vergessen sie vor lauter kranken Kassen das Thema Aids nicht“;
- „An alle Hoteliers: Nicht nur die Bibel gehört in jedes Zimmer“;
- „Schwule, erteilen sie den Heteros doch ein paar Lektionen, wie man sich richtig schützt“;
- „Liebe Migros, liebe Coop, platziert die Pariser doch einfach neben der Kasse, damit sie nicht vergessen werden“.

Wie stellt sich der Bundesrat zu diesen Aussagen, dass:

- Krankenkassen kranke Kassen sind?
- Bibel und Präservative gleiche Wirkung erzielen?
- Schwule Erkenntnisse im sich Schützen richtig sind?

Auch bei den insgesamt 26 parlamentarischen Vorstössen bzw. Bundesratsantworten, die in irgendeiner Form den medizinischen Aspekt von HIV/Aids thematisieren, sind die Voten mit einer negativen Tonalität in der Mehrzahl (vgl. nachstehende Abbildung).

**Abbildung 20: Die Tonalität von HAART im Parlament**



In vier Fällen (15%) äusserten sich die VotantInnen kritisch über den medizinischen Aspekt von HIV/Aids, gegenüber nur zwei positiven Voten (8%). In der überwiegenden Zahl der Fälle jedoch (20) wurde der medizinische Aspekt von HIV/Aids in einem neutralen Licht thematisiert.<sup>100</sup>

- 
- Präservative als „Heilmittel“ gegen Aids an der Kasse verkauft werden?
  - Ist der Bundesrat angesichts solcher verletzenden und falschen Aussagen bereit:
  - sich von der Kampagne des BAG zu distanzieren?
  - Zukünftige Kampagnen wieder vermehrt auf Treue, Ethik und Moral auszurichten?
  - die dramatische Epidemie „Aids“ nicht nur mit Gummi zu bekämpfen?“

In seiner Antwort vom 20. August 2003 verteidigt der Bundesrat die STOP AIDS-Kampagne des BAG u.a. mit einem Verweis auf die internationalen Gesundheitsbehörden (WHO), die den Gebrauch des Präservativs als verantwortungsvolles, gesundheitspolitisch wirksames Schutzkonzept empfiehlt.

<sup>100</sup> In welcher Form am medizinischen Bereich von HIV/Aids Kritik geübt wird, zeigt das Beispiel einer von SP-Nationalrat Franco Cavalli gestellten Frage mit dem Titel ‚Generika zur Aidsbekämpfung in Afrika‘ (01.5023, 12. März 2001):

„Mehr als 25 Millionen Menschen in Afrika sind HIV-infiziert, davon etwa 5 Millionen nur in Südafrika. Hundertausende davon könnten mit modernen Medikamenten gerettet werden; nur ist die Behandlung (10'000 bis 20'000 Franken pro Jahr und pro Person) praktisch unbezahlbar. Die südafrikanische Regierung versucht das Problem mindestens teilweise mit Generika (Kosten 500 Franken pro Jahr und pro Per-

Die Ergebnisse der Analyse von 171 parlamentarischen Vorstössen bzw. Bundesratsantworten können folgendermassen zusammengefasst werden.

1. Die Verfügbarkeit einer wirksamen medizinischen Behandlungsmöglichkeit von HIV und Aids hat den präventiven Aspekt nicht von der politischen Agenda verdrängt. Im Gegenteil, auch nach 1996 bilden Präventionsaspekte in den parlamentarischen Vorstössen bzw. Bundesratsantworten ein Schwergewicht. Dies hat damit zu tun, dass der Bund mittels der STOP AIDS-Kampagne selbst als Angebotsträger fungiert. Zudem ist der Bund der wichtigste Geldgeber der für die Konzeption und Koordination nationaler Präventionsprojekte verantwortlichen Aids-Hilfe Schweiz. Diese Ausgangslage eröffnet den BundesparlamentarierInnen Interventionsmöglichkeiten, um ihre Anliegen im Parlament zu deponieren. Für den klinischen Bereich von HIV und Aids sind hingegen die Kantone zuständig. Der Bund fungiert in diesem Bereich lediglich als Geldgeber für entsprechende klinische Studien.
2. Der klinische Aspekt von HIV/Aids wird zwar in den parlamentarischen Vorstössen bzw. Bundesratsantworten in der überwiegenden Zahl der Fälle (77%) in einem neutralen Licht thematisiert. Gleichzeitig überwiegen jedoch die negativen gegenüber den positiven Attributzuteilungen deutlich. Die medikamentöse Behandlung von HIV/Aids wird demzufolge im Bundesparlament nicht einfach als Wundermittel im Kampf gegen die hartnäckige Epidemie betrachtet. Offensichtlich sind präventive Massnahmen für eine Mehrheit der Parlamentsangehörigen nach wie vor wichtig, auch wenn rechtskonservative, christliche Kreise sich nicht immer an den Aussagen der STOP AIDS-Kampagne erfreuen. Insofern stellt HAART eine willkommene Ergänzung der Prävention dar, kann diese aber auf keinen Fall ersetzen.

---

son) zu lösen; die Pharmamultis wollen sie gerichtlich darin hindern, obwohl das Trips-Abkommen der WTO diese Ausnahme zulässt. Hilfswerke unter der Führung von *Médecins sans frontières* haben nun eine Kampagne (siehe Herald Tribune vom 26. Februar 2001) lanciert, um solche Generika zur Aidsbehandlung zur Verfügung zu stellen.

Ist der Bundesrat bereit, sich mit eigenen Mitteln an einer solchen Aktion zu beteiligen, um somit auch zu beweisen, dass das Leben von Millionen von Personen wichtiger als Profitgier ist?“

In seiner Antwort weist Bundesrat Villiger darauf hin, dass sich der Bund bereits schwerpunktmässig im Bereich der Gesundheitsförderung im südlichen Afrika einsetze, wo er sich weiterhin auf die Prävention konzentriere. Der Bund verfolge jedoch auch weiter das Ziel der Senkung der Medikamentenkosten, was insbesondere durch Kontakte des BAG mit der Pharmaindustrie geschehe. Der Bundesrat seinerseits werde sich in der politischen Diskussion um Medikamente für das Ausnutzen des Spielraums innerhalb des Trips-Abkommens einsetzen (Amtliches Bulletin der Bundesversammlung-Nationalrat 2001: 115).

## 7 Synthese und Überprüfung der Hypothesen

In diesem Kapitel werden die im vorangegangenen Kapitel präsentierten Ergebnisse aus den acht Fallstudien zu einer Synthese zusammengefasst. Dabei werden die drei in Kapitel 4.6 formulierten Hypothesen einer Überprüfung unterzogen.

### 7.1 Das Ende von New Public Health in der schweizerischen Aidspolitik?

In der sozialwissenschaftlichen Aidsforschung gehen verschiedene Autoren davon aus, dass die Prinzipien von *New Public Health* (vgl. Kapitel 4.1) aufgrund der im Aidsbereich eingetretenen Normalisierung bereits unter Druck geraten sind und dass dieser in Zukunft noch stärker ausfallen wird. Aufgrund dieser Situationseinschätzung und auf der theoretischen Basis der *Punctuated Equilibrium Theory* besagt die erste Hypothese dieser Untersuchung, dass in der schweizerischen Aidspolitik ein Politikwandel stattfinden wird, falls das bis anhin vorherrschende *policy image*, das unter dem Begriff ‚*New Public Health*‘ subsumiert werden kann, von einem anderen *policy image* verdrängt wird.

Auf der Grundlage der in Kapitel 6 präsentierten Ergebnisse wird in den folgenden Ausführungen die Frage geklärt, ob in der Schweiz auf der nationalen Ebene und in den untersuchten Kantonen Anzeichen dafür zu erkennen sind, dass die zur Bekämpfung von HIV und Aids ergriffenen Massnahmen wieder vermehrt nach Prinzipien des *Old Public Health*-Modells erfolgen.

#### 7.1.1 Die Beziehungen zwischen dem Präventionsbereich und dem klinischen Bereich

Wenn das bis anhin in der schweizerischen Aidspolitik vorherrschende *policy image* von der klinischen Seite aufgrund deren Erfolge mit HAART zunehmend unter Druck geraten sollte, dann müssten in der empirischen Untersuchung zwischen dem präventiven und dem klinischen Bereich ideelle und/oder Verteilungs-Konflikte eruiert werden können. Die in sieben Kantonen und auf Bundesebene durchgeführte Untersuchung zeigt jedoch, dass die Beziehungen zwischen beiden Bereichen in allen untersuchten Fällen frei von Konflikten sind. Aus dieser Einschätzung sollte jedoch nicht der Schluss gezogen werden, dass zwischen dem Präventions- und dem klinischen Bereich generell ein intensiver Austausch besteht, denn das Ausmass der Zusammenarbeit zwischen beiden Bereichen ist je nach Kanton sehr unterschiedlich.

In einzelnen Fällen kommt es vor, dass die für die HIV-Sprechstunde verantwortlichen Infektiologen im Vorstand der regionalen Aids-Hilfe einsitzen. In vier Kantonen (GE, GR, SG, TI) wurde der gegenseitige Austausch als intensiv bezeichnet, in drei anderen Kantonen jedoch (AG, NE, ZH) wurde die vorherrschende Situation eher durch ein Nebeneinander als ein Miteinander geschildert. Auch auf der Bundesebene findet zwischen den beiden Bereichen offenbar kaum ein regelmässiger Austausch statt, auch wenn die Eidgenössische Kommission für Aids-Fragen (EKAF) eigentlich beide Seiten abdecken würde. Dieser institutionell verankerte Austausch wird jedoch dadurch in Frage gestellt, dass der medizinische Bereich innerhalb der EKAF sich in zwei Fachkommissionen abgespalten hat, in eine Fachkommission Klinik sowie in eine Fachkommission Labor und Diagnostik.

Dass die Beziehungen zwischen dem präventiven und klinischen Bereich generell wenig Konflikte aufweisen, heisst nicht, dass in einzelnen Kantonen keine Meinungsverschiedenheiten existier(t)en. Im Kanton Zürich zum Beispiel gab es in der Anfangsphase von HAART Unstimmigkeiten darüber, wie offensiv die Zürcher Aids-Hilfe die neuen Behandlungsmöglichkeiten propagieren sollte. Auch in Bezug auf die Anwendung alternativmedizinischer Behandlungsmöglichkeiten bei HIV-positiven Menschen gibt es offenbar gewisse Differenzen. Im Kanton Neuenburg bestehen gewisse Meinungsverschiedenheiten in Bezug auf die angezeigte Begleitung und Unterstützung von HIV-positiven und aidskranken Menschen. Im Kanton Genf gibt es zwischen dem klinischen Bereich und dem Präventionsbereich unterschiedliche Auffassungen in Bezug auf die Frage, inwiefern präventive Massnahmen im Prostitutionsbereich aus epidemiologischer Sicht überhaupt noch gerechtfertigt seien (vgl. Kapitel 7.1.2). Mit Ausnahme dieser drei Fälle wurden jedoch keine Differenzen zwischen diesen beiden Bereichen genannt.

Dass der die Aidspolitik dominierende *New Public Health*-Ansatz von Seiten des klinischen Bereichs nicht stärker bedrängt wird, hängt auch damit zusammen, dass zwischen diesen beiden Bereichen keine Interessen- bzw. Verteilungskonflikte vorhanden sind. Diese Feststellung trifft sowohl auf die nationale, wie auch die kantonale Ebene zu. Dieser Umstand kann dadurch erklärt werden, dass Verteilungskonflikte zwischen den beiden Bereichen gar nicht möglich sind, da sie aus völlig unterschiedlichen Kassen finanziert werden. Die verschiedenen in der Aidsprävention tätigen NGOs werden grösstenteils aus Präventionskrediten subventioniert, die von den Gesundheitsbehörden verwaltet werden. Einzelne im Prostitutionsbereich tätige Akteure erhalten zudem Gelder aus dem Sozialbereich. Die vom klinischen Bereich erbrachten Leistungen werden hingegen in erster Linie vom Krankenversicherungsgesetz abgedeckt. Das Ausmass der in den Kantonsspitalen für die HIV-Sprechstunde und das damit verbundene Counselling zur Verfügung stehenden Stellen wird



von der jeweiligen Spitaldirektion vorgegeben. Auch diesbezüglich besteht keine Verbindung zu Geldern, die im Präventionsbereich eingesetzt werden.<sup>101</sup>

Es ist zwar unbestritten, dass die Bedeutung des klinischen Bereichs in der Aidsarbeit seit der Möglichkeit der medikamentösen Behandlung zugenommen hat. Es wäre aber falsch, daraus den Schluss zu ziehen, dass mit diesem Bedeutungswandel automatisch eine Aufstockung der für HAART bereitgestellten Ressourcen einhergegangen wäre. Im Gegenteil, mit Ausnahme der in den Kantonen Genf und Neuenburg befragten Leiter der jeweiligen HIV-Sprechstunde haben alle in diesem Bereich Tätigen über knappe Ressourcen geklagt. Im Kanton Aargau zum Beispiel konnte eine zusätzliche Assistenzstelle nur mittels einer Fremdfinanzierung realisiert werden, die von acht Firmen aus der Antibiotikabranche gewährleistet wird. Die finanziellen Schwierigkeiten des HAART-Bereiches haben offenbar damit zu tun, dass Infektionskrankheiten und insbesondere HIV und Aids innerhalb der Spitalhierarchie über einen denkbar schlechten Status verfügen. Diese Einschätzung kommt in einem Zitat eines für eine HIV-Sprechstunde verantwortlichen Arztes deutlich zum Ausdruck:

„Ich habe den Eindruck, dass die Infektiologie überhaupt als Fach eine schlechte finanzielle Basis hat. Man muss sich schon einsetzen, um die Bedeutung des Fachs zu zeigen, wo und warum man etwas einsparen kann und wo man etwas Gutes tut oder dass man effizient arbeitet. Das Problem hat die Kardiologie oder die Onkologie nicht. Diese können ineffizient arbeiten und das Geld wird trotzdem bezahlt. Für Krebsforschung erhalten sie Geld, das ist unglaublich.“

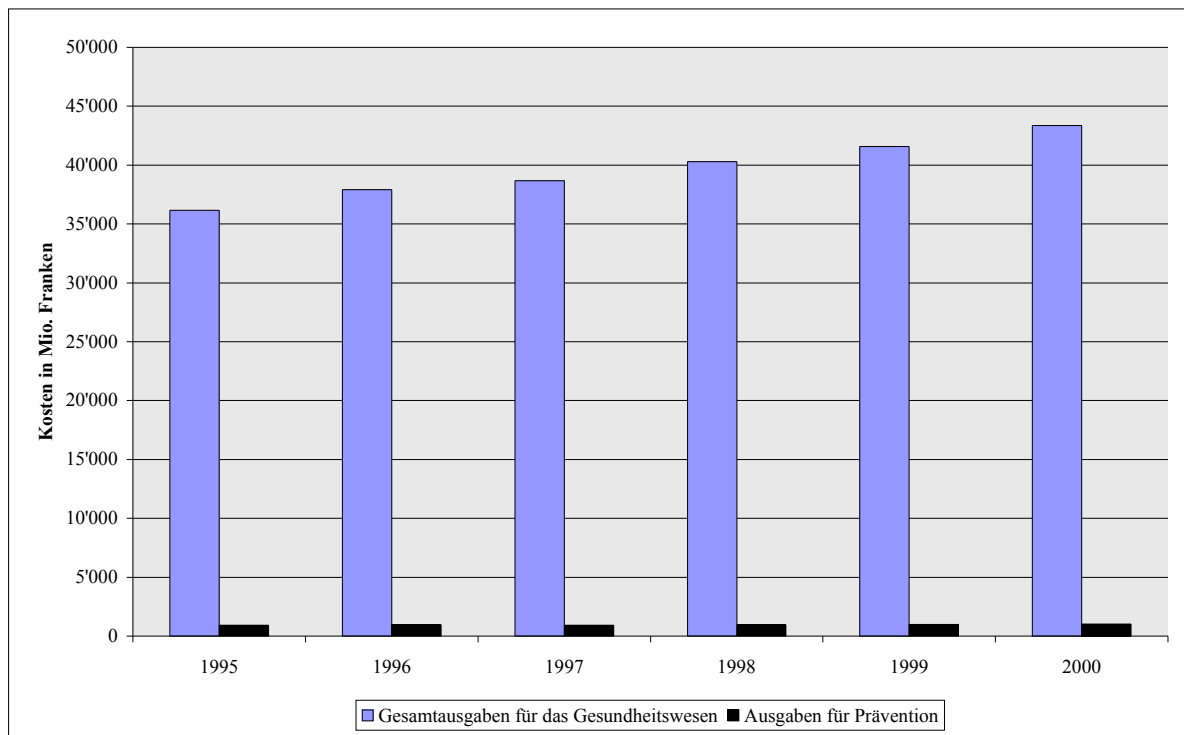
Diese Aussage verdeutlicht, dass in den Spitälern zwischen den verschiedenen Bereichen und Abteilungen offenbar eine gewisse Konkurrenzsituation vorhanden ist. Die Untersuchung der sieben Kantone sowie der nationalen Ebene hat nicht nur gezeigt, dass keine Umverteilung der Mittel zulasten des Präventionsbereichs stattgefunden hat. Sie hat auch gezeigt, dass der ab Mitte der 90er Jahre eingetretene Erfolg des klinischen Bereichs bei der Behandlung von HIV und Aids in der Schweiz bis jetzt keine Auswirkungen auf das Ausmass der für den Präventionsbereich zur Verfügung gestellten Mittel gehabt hat. In der sozialwissenschaftlichen Aidsforschung geäusserte Befürchtungen, wonach die Möglichkeit der medikamentösen Behandlung einhergehen wird mit einem Niedergang der Anstrengungen im Präventionsbereich, sind also zumindest im Fall der Schweiz unbegründet.

---

<sup>101</sup> Eher wahrscheinlich sind auf der nationalen Ebene Verteilungskonflikte im Forschungsbereich, wo die klinische Forschung sowie die sozialwissenschaftliche und Public Health-Forschung vom gleichen, vom Schweizerischen Nationalfonds verwalteten, Aidskredit gespiesen werden bzw. wurden. Die Frage, ob es zwischen den verschiedenen Forschungsbereichen bereits zu Verteilungskämpfen um knappe Forschungsmittel gekommen ist, wurde im Rahmen dieser Studie nicht untersucht (siehe dazu Frey und Kübler 2005).

Abbildung 21 verdeutlicht, dass im Vergleich mit den Gesamtausgaben, die in der Schweiz für das Gesundheitswesen getätigt werden, die Ausgaben für Prävention nur eine marginale Rolle spielen. Das schweizerische Gesundheitswesen verursachte im Jahre 2000 Kosten in der Höhe von rund 43 Mia. Franken. Kaum 3% davon (ca. 1 Mia. Franken) wurden für Prävention ausgegeben; Ausgaben für die Gesundheitsförderung werden von der Statistik gar nicht erst erfasst (Somaini 2004).

**Abbildung 21: Kosten des schweizerischen Gesundheitswesens**



Quelle: Somaini (2004: 72).

### 7.1.2 Wird die Aidspolitik der Zukunft zunehmend Prävalenz-lastig?

Der auf Bundesebene und in vielen Kantonen herrschende Spardruck hat zur Folge, dass sich die für die Subventionierung von Präventionsmassnahmen verantwortlichen Gesundheitsbehörden in einzelnen Fällen vermehrt Gedanken darüber machen, nach welchen Kriterien die öffentlichen Mittel vergeben werden sollen. Insbesondere im Kanton Genf wurde aufgrund des Auftauchens eines neuen Akteurs (*Association Solidarité Femmes Africaines de Genève*, ASFAG), der gewisse Verteilungskonflikte zwischen den im Aidsbereich tätigen Organisationen heraufbeschwor, eine Kontroverse ausgelöst, bei der es um die Frage ging, inwiefern der Prostitutionsbereich für die weitere Verbreitung des HI-Virus überhaupt eine Rolle spielt und ob deswegen aidspräventive Massnahmen für die Zielgruppe der weiblichen Prostituierten noch gerechtfertigt seien. Ausgelöst wurde diese Debatte vom

Leiter der Genfer HIV-Sprechstunde, der sich bei seiner Einschätzung auf epidemiologische Daten stützt, die besagen, dass der Übertragungsweg durch den Kontakt mit Prostituierten nur eine sehr geringe Rolle spiele. Die in Genf kontrovers diskutierte Frage, inwiefern der Prostitutionsbereich für die weitere Verbreitung des HI-Virus von Bedeutung ist, deutet auf eine Problematik hin, die in Zukunft angesichts knapper werdender Ressourcen für die Aidsprävention von zunehmender Bedeutung werden und Auswirkungen auf das *policy image* haben könnte. Dabei geht es um die gesundheitspolitische Frage, welchen Stellenwert epidemiologische Daten in Zukunft für die Prioritätensetzung aidspräventiver Massnahmen haben werden. Sollen aidspräventive Massnahmen nur noch für solche Zielgruppen ergriffen werden, die erwiesenermassen eine hohe Prävalenz aufweisen? Oder sollen bei der Entscheidung darüber, welche präventiven Massnahmen ergriffen und vom Staat subventioniert werden, weiterhin andere Aspekte berücksichtigt werden wie solche der Diskriminierung, der Stigmatisierung, oder rechtliche Fragen etc.?

Um diese Fragen beantworten zu können, muss ein Blick auf das in der Aidsprävention verwendete Konzept von Zielgruppen geworfen werden (vgl. Kapitel 2.1.1). Gemäss dem aktuellen Nationalen HIV/Aids-Programm beruht die Kommunikation in der HIV/Aids-Prävention auf drei Interventionsebenen: bevölkerungsbezogene Information, zielgruppenspezifische Information und Motivation sowie individuelle Prävention und Beratung (vgl. BAG 2003). Demzufolge gelten als potenzielle Zielgruppen nicht nur Personen, die zu einer Gruppe mit hoher Prävalenz gehören, sondern auch solche, die sich riskant verhalten oder die durch ihre Lebensumstände besonders vulnerabel sind. Gemäss dieser Definition werden auch Sexworker als Zielgruppe bezeichnet, da sie angesichts häufig wechselnder Sexualpartner ein stärker ausgeprägtes Risikoverhalten an den Tag legen und zudem häufig gekennzeichnet sind durch eine erhöhte Vulnerabilität. Zudem beruht das Präventionsangebot für Sexworker beiderlei Geschlechts auf zwei Ansätzen: der Verhaltensprävention und der Verhältnisprävention: wichtige Grundsätze von *New Public Health*. Die Aidsarbeit im Prostitutionsmilieu weist somit nicht nur eine gesundheitspolitische, sondern auch eine sozialpolitische Komponente auf. Dies kommt dadurch zum Ausdruck, dass entsprechende Massnahmen teilweise von Behörden aus dem Sozialbereich mitfinanziert werden.

Vor diesem Hintergrund ist nicht anzunehmen, dass die in Genf geführte Debatte sich in der Schweiz zu einem grundsätzlichen Konflikt über das bis anhin in der Aidsprävention gültige Konzept von Zielgruppen ausweiten wird. Erhöhtes Risikoverhalten, grössere Prävalenz und Vulnerabilität werden auch in Zukunft diejenigen Dimensionen sein, die bei der Identifizierung von aidsrelevanten Zielgruppen herangezogen werden. Die in Genf geführte Debatte über die Relevanz von prostitutionsspezifischen Massnahmen könnte jedoch auf eine Problematik hindeuten, die sich angesichts stagnierender bzw. sinkender Ressourcen in Zukunft verschärfen könnte. Konkret bedeutet dies, dass bei der Entscheidung, für welche Zielgruppen spezifische Präventionsanstrengungen zu machen sind, die Prävalenz-

Dimension in den Vordergrund gerückt werden könnte, zulasten der beiden Dimensionen Risikoverhalten und Vulnerabilität.

Die vorliegende Untersuchung hat jedoch gezeigt, dass dieses Entscheidungsmuster bis jetzt noch nie zur Anwendung gekommen ist, nicht einmal in Genf. Dort wurde das aufgrund neuer epidemiologischer Daten entstandene Spannungsverhältnis so gelöst, dass die Betroffenenorganisation ASFAG sowie die Schwulenorganisation Dialogai ab 2004 mehr staatliche Subventionen erhalten haben. Diese Neuverteilung staatlicher Ressourcen erfolgte jedoch nicht auf dem Buckel der Prostituiertenorganisation Aspasia, sondern auf demjenigen der *Groupe Sida Genève* und der Betroffenenorganisation *PVA-Genève*. Letzere erhielt 2004 vom Staat einen Drittel weniger Subventionen.

### 7.1.3 Fazit

Nach übereinstimmender Meinung der befragten Aidsfachleute sowohl aus dem präventiven wie auch dem klinischen Bereich steht ein Ende des *New Public Health*-Ansatzes im Kampf gegen HIV und Aids gegenwärtig nicht zur Diskussion. Diese Einschätzung gilt sowohl für die nationale, wie auch für die kantonale Ebene. Das mit den verschiedensten Präventionsmassnahmen Erreichte wird auch von der medizinischen Seite gewürdigt und in keinsten Weise in Frage gestellt. Der klinische Bereich hat zwar seit der Einführung der Kombinationstherapien seine Stellung innerhalb des Aidsbereichs stärken können, was jedoch nicht dazu geführt hat, dass in der Schweiz der *New Public Health*-Ansatz per se in Frage gestellt wird.

Die Resultate der empirischen Untersuchung zeigen also mit aller Deutlichkeit, dass die bis anhin dominierenden Lösungsstrategien in der schweizerischen Aidspolitik nach wie vor Bestand haben. Das die Aidspolitik bestimmende *policy image* ist bis jetzt nicht supprimiert worden. Diese Tatsache kann vor allem mit zwei Begründungen erklärt werden:

1. Es ist zwar richtig, dass Aids sein Bedrohungspotenzial früherer Jahre eingebüsst hat und die Infektionszahlen seit Mitte der 90er Jahre mehr oder weniger stabilisiert werden konnten. Auch die Verfügbarkeit wirksamer Medikamente ändert aber nichts an der Tatsache, dass sich in der Schweiz nach wie vor über 500 Menschen jährlich mit dem HI-Virus anstecken und dass nach wie vor über hundert Menschen pro Jahr an Aids sterben. Diese Zahlen verdeutlichen, dass der Kampf gegen die weitere Verbreitung des HI-Virus noch nicht beendet und dass das Problem mit HIV und Aids noch längst nicht gelöst ist. Die empirische Untersuchung hat gezeigt, dass die schweizerischen GesundheitspolitikerInnen dabei weiterhin auf die bewährte Strategie setzen und nicht gewillt sind, andere Lösungsstrategien, sofern es sie überhaupt gibt, auszuprobieren.
2. Den im Aidsbereich tätigen politischen EntscheidungsträgerInnen ist bewusst, dass es nach wie vor einfacher und günstiger ist, neue HIV-Infektionen zu verhindern, als sie

mit kostspieligen Medikamenten zu behandeln. Die in der Schweiz für die HIV/Aids-Prävention anfallenden Kosten wurden für das Jahr 1998 auf 55 Mio. Franken geschätzt. Dieser Zahl gegenüber standen als Folge der HIV-Infektion direkte Kosten (ambulante und stationäre Behandlung von HIV/Aids-PatientInnen) in der Höhe von geschätzten 143 Mio. Franken. Die Kosten allein der antiretroviralen Medikamente machten dabei mit 91 Mio. Franken über die Hälfte dieser direkten Kosten aus (vgl. Zurn, Taffé et al. 2001). Diese Zahlen verdeutlichen, dass Prävention billiger ist als Therapie; ein weiterer Grund dafür, weshalb der *New Public Health*-Ansatz in der Aidspolitik nach wie vor zum Tragen kommt.

Die in diesem Kapitel gemachten Ausführungen zeigen auf, dass die erste Hypothese dieser Untersuchung a contrario verifiziert werden kann: ***da das bis anhin gültige policy image nicht von einem anderen verdrängt wurde, ist in der schweizerischen Aidspolitik kein policy change festzustellen.***

## 7.2 Die Entwicklung des policy venue in der Normalisierungsphase

Das Konzept von *policy venues* stellt in der *Punctuated Equilibrium Theory* neben dem *policy image* ein weiteres, zentrales Element dar. Gemeint sind damit einerseits die Spielregeln und Abläufe, an die sich die in einem bestimmten Politikbereich involvierten Akteure zu halten haben. Um die Formulierung und Einhaltung dieser Spielregeln zu garantieren, sind gleichzeitig Strukturen erforderlich, die den Policyprozess überwachen. Insofern beinhaltet das Konzept von *policy venues* insbesondere organisatorische bzw. regulatorische, wie auch strukturelle Aspekte.

In der sozialwissenschaftlichen Aidsforschung wird behauptet, dass der bis anhin in der Aidspolitik dominierende *policy venue* zunehmend unter Druck gerät. Dies vor allem deshalb, weil der klinische Bereich dank seinen Erfolgen in der medikamentösen Therapie von HIV und Aids den Präventionsbereich bedrängt. Wenn Massnahmen im HIV/Aids-Bereich wieder vermehrt in die „normale“ Gesundheitsadministration integriert werden, ist die Gefahr gross, dass die Schulmedizin mit ihren spezifischen Interessen, Werthaltungen und Routineabläufen die vormals erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen den Gesundheitsbehörden, NGOs und der sozialwissenschaftlich geprägten Public Health-Forschung wieder gefährden können (Kippax und Race 2003).

In den folgenden Ausführungen werden die aus den Fallstudien gewonnenen Erkenntnisse hinsichtlich der Entwicklung des *policy venue* in der schweizerischen Aidspolitik zusammengefasst und kommentiert.

### 7.2.1 Strukturelle Veränderungen

Die in der Schweiz die Aidspolitik dominierenden *policy monopolies* sind in der untersuchten Zeitperiode relativ stabil geblieben. In den letzten Jahren sind kaum neue Akteure hinzugekommen. Wo dies aber passierte (CH, GE, SG) löste das Auftauchen neuer Akteure bei einzelnen etablierten Akteuren eine gewisse Unruhe, wenn nicht sogar Konflikte aus. Auf der nationalen Ebene beispielsweise hat die Entscheidung des BAG, die Durchführung eines Präventionsprojektes für Subsahara-MigrantInnen dem Schweizerischen Tropeninstitut und dem Schweizerischen Roten Kreuz zu übertragen, zu einem schweren Konflikt zwischen der Aids-Hilfe Schweiz (AHS) und dem BAG geführt. Der von der AHS eingereichte Rekurs hatte zur Folge, dass mit der Umsetzung des Migrationsprojektes erst nach einer einjährigen Verzögerung begonnen werden konnte. Im Kanton Genf hat das Auftauchen eines neuen Akteurs (ASFAG) in der Präventions-Community ein gewisses Unbehagen ausgelöst, beansprucht doch der neue Akteur Anteile am kantonalen Subventionskuchen, der 2004 zunehmend unter Druck geraten ist. Unterdessen ist klar geworden, dass die in Genf vorgenommene Neuverteilung des Aidskredites in erster Linie zulasten der *Groupe Sida Genève* und der Betroffenenorganisation *PVA-Genève* gegangen ist. Die Hauptprofiteure sind ASFAG und Dialogai (mit ihrem Grossprojekt *projet santé gaie*). Im Kanton St. Gallen ist die Angliederung des Prostitutionsprojektes Maria Magdalena an das kantonale Amt für Gesundheitsvorsorge bei der St. Galler Aids-Hilfe auf Unverständnis gestossen, da die AHS GA bereits seit einiger Zeit ein eigenes Projekt für die Zielgruppe Prostituierte unterhält (APiS).

Diese drei Fälle führen vor Augen, dass die Erweiterung eines etablierten *policy monopolies* ein gewisses Konfliktpotenzial beinhaltet. Die in *policy monopolies* häufig dominierenden staatlichen Akteure tun also gut daran, die politischen Kosten in Erwägung zu ziehen, die entstehen können, wenn strukturelle Veränderungen initiiert werden sollen. In den Kantonen Genf und St. Gallen hatten die durch strukturelle Veränderungen entstehenden Auseinandersetzungen keine Auswirkungen auf das bestehende Präventionsangebot. Auf der nationalen Ebene hingegen wurde die Implementation eines Projektes für eine in den letzten Jahren von der HIV-Infektion immer stärker betroffenen Zielgruppe um ein Jahr verzögert.

Die relative Stabilität und Kontinuität der im Aidsbereich dominierenden *policy monopolies* kommt auch dadurch zum Ausdruck, dass in der Normalisierungsphase nur in drei Fällen Akteure von der Bildfläche verschwunden sind. Auf der nationalen Ebene wurde per Ende 2003 die Aids Info Docu aufgelöst. Die Nicht-Verlängerung des Vertrages mit der AID wird jedoch keine unmittelbaren Auswirkungen auf die Aidsprävention haben. Im Kanton Zürich sind zwei Akteure verschwunden, die nicht eigentlich zum kantonalen *policy monopoly* zu zählen sind und die denn auch von den etablierten Akteuren als „Hobbygrüppchen“ abqualifiziert wurden. Gemeint sind die HIV- und Aids-Beratungsstelle Zürcher Oberland

(HABZO) sowie der in Winterthur beheimatete Verein Prima Donna. Auch das Verschwinden dieser beiden Kleinstorganisationen dürfte kaum spürbare Auswirkungen auf das bestehende kantonalzürcherische Aidspräventionsangebot haben. Im Kanton Tessin wurde im Jahre 2001 die *Commissione di Formazione HIV/Aids della Svizzera Italiana* (CFSI) aufgelöst. Da die CFSI in erster Linie mit Koordinations- und Weiterbildungsaktivitäten betraut war, werden aidspräventive Massnahmen im Tessin durch die Kommissionsauflösung nicht direkt betroffen.

In den beiden Kantonen Aargau und Graubünden überlegten sich VertreterInnen der kantonalen Gesundheitsbehörden, ihre Aids-Hilfen mit Organisationen zu fusionieren, die in der Familienplanung, Schwangerschafts- und Sexualberatung tätig sind. Die Initianten dieser Überlegungen verfolgten damit offenbar das Ziel, einen Beitrag an die Sparbemühungen der öffentlichen Hand zu leisten. Doch die Aids-Hilfen in Aargau und Graubünden konnten glaubhaft darlegen, dass es sich bei der Familien- und Schwangerschaftsberatung sowie der Aidsprävention um zwei völlig verschiedene Themenbereiche handle. Zudem wiesen die Aids-Hilfen darauf hin, dass Synergien zwischen den beiden Bereichen – wo vorhanden – bereits genutzt würden. Die Überzeugungsarbeit der Präventionsfachleute hatte zur Folge, dass die kantonalen Gesundheitsbehörden von ihren Überlegungen unterdessen wieder Abstand genommen haben.

### **7.2.2 Regulatorische Veränderungen in der schweizerischen Aidspolitik**

Wie die nachfolgenden Ausführungen verdeutlichen, konnten in der schweizerischen Aidspolitik nicht nur einige strukturelle, sondern auch regulatorische Veränderungen beobachtet werden. In den drei folgenden Unterkapiteln werden die wichtigsten dieser regulatorischen Veränderungen und deren Auswirkungen auf aidsspezifische Massnahmen dargestellt.

#### **7.2.2.1 Abschluss von Leistungsverträgen**

In den meisten untersuchten Kantonen wurden die in der Aidsprävention tätigen Akteure mit der Einführung von Leistungsaufträgen konfrontiert. Leistungsaufträge bzw. Leistungsvereinbarungen sind ein typisches Element des New Public Management. Sie treten in zwei unterschiedlichen Grundformen auf. Einerseits als Führungsinstrument innerhalb einer Verwaltung, andererseits als Auftrag an Dritte zur Erfüllung öffentlicher Aufgaben. Ein wichtiges Ziel von Leistungsaufträgen besteht darin, die Effizienz und Effektivität bei der beauftragten Organisation zu steigern. Deshalb sind bei Leistungsvereinbarungen Ziele und die Indikatoren der Zielerreichung von zentraler Bedeutung (Mastronardi 1998). Ein weiterer Zweck von Leistungsaufträgen besteht darin, Transparenz zu schaffen. Das heisst, gegenüber den Geldgebern soll aufgezeigt werden, welche Leistungen mit den Mitteln er-

bracht werden und was diese kosten. Gleichzeitig hilft der Leistungsauftrag der Politik zu verstehen, was die subventionierte Organisation eigentlich tut.<sup>102</sup>

Wie die Beispiele von Genf und Graubünden vor Augen geführt haben, ist die Einführung dieses neuen Instrumentes mitunter durch einen langwierigen Prozess gekennzeichnet und stösst bei den einzelnen betroffenen NGOs nicht immer auf Gegenliebe. Oftmals werden Leistungsaufträge zwar durchaus als nützlich angesehen, kritisiert wird aber auch der unverhältnismässig hohe Zeitaufwand, der damit verbunden ist. In den Kantonen Genf und Graubünden kann die Einführung von Leistungsverträgen mit einem Wechsel an der Spitze der jeweiligen Gesundheitsdepartemente in Verbindung gebracht werden. Die neuen Regierungsräte versuchen, die Arbeitsabläufe in ihren Departementen vermehrt nach den Prinzipien des New Public Management auszurichten. Das heisst, Entscheidungen sollen vermehrt auf der Grundlage von *Facts and Figures* getroffen werden, wobei im Aidsbereich auch epidemiologische Daten eine wichtige Rolle spielen.

Leistungsaufträge zwischen kantonalen Behörden und Aidsorganisationen beinhalten ein strukturerhaltendes Element, da sie sich in der Regel über einen Zeitraum von drei bis vier Jahren erstrecken. In dieser Zeitspanne gewährleisten sie in der Aidsarbeit eine gewisse Kontinuität. Zudem erfolgt dadurch eine Aufwertung des Status von NGOs, wird doch durch den Abschluss einer Leistungsvereinbarung deren Arbeit von staatlicher Seite offiziell anerkannt und unterstützt. Die in der Aidsarbeit beteiligten Akteure binden sich mit Leistungsvereinbarungen noch stärker aneinander, was die gegenseitige Abhängigkeit und insgesamt die Dominanz eines *policy monopoly* stärkt. Akteure, die keinen Zugang zu diesem Zusammenarbeits-Arrangement haben, bleiben vom *Policymaking* weitgehend ausgeschlossen.

#### **7.2.2.2 Änderung der verwaltungsinternen Zuständigkeit**

Mitunter kann es für in der Aidsprävention tätige NGOs von grosser Bedeutung sein, welche Verwaltungseinheit für die Betreuung des Aidsdossiers zuständig ist. In Graubünden zum Beispiel hat der personelle Wechsel an der Spitze des Justiz-, Polizei- und Sanitätsdepartementes unter anderem dazu geführt, dass die Aids-Hilfe Graubünden ihren direkten Zugang zum ehemaligen Departementsvorsteher wieder verloren hat. Neu wurde die AHGR administrativ dem Gesundheitsamt zugeteilt. Die administrative Zuteilung an das Gesundheitsamt erfolgte ganz im Sinne der AHGR, da offenbar seitens des Vorstehers des kantonalen Sozialamtes Bestrebungen in Gang waren, die Aids-Hilfe mit der Familienplanungsstelle adebar zu fusionieren. Dass Fusionierungsvorhaben, Sparmassnahmen etc. er-

---

<sup>102</sup> Als weitere Quelle diente ein Interview mit Kuno Schedler (Prof. am Institut für öffentliche Dienste und Tourismus, Universität St. Gallen) in SANW-Info 3/98: Leistungsvertrag – Chancen und Gefahren.



schwert wenn nicht sogar verunmöglicht werden, wenn von solchen Überlegungen betroffene private Akteure unterschiedlichen Ämtern unterstellt sind, liegt auf der Hand.

Diese Einschätzung wird mit dem Beispiel der Aids-Infostelle Winterthur bestätigt. Während zehn Jahren war das dem Winterthurer Sicherheits- und Umweltdepartement angegliederte Gesundheitsamt für die Belange der Aids-Infostelle zuständig. 2003 erfolgte ein Wechsel und die Zuständigkeit für die Aidsprävention wurde dem Sozial- und Sicherheitsdepartement übertragen, das auch die Verantwortung für die Suchtprävention trägt. Prompt wurden im Rahmen des städtischen Sparpakets die Themen Sucht- und Aidsprävention zu einem Budgetposten zusammengefasst und für den ganzen Präventionsbereich entsprechende Sparmassnahmen beschlossen. Nur mit viel Lobbyarbeit und einer guten Portion Glück<sup>103</sup> ist es der Aids-Infostelle schliesslich gelungen, die im Sparpaket vorgesehene Halbierung der städtischen Subventionen zu verhindern. Es ist anzunehmen, dass es für die städtischen Behörden weitaus schwieriger gewesen wäre, ein den gesamten Präventionsbereich umfassendes Sparpaket zu schnüren, wenn weiterhin das Gesundheitsamt als Ansprechperson für die Aids-Infostelle fungiert hätte.

#### **7.2.2.3 Auswirkungen von strukturellen und regulatorischen Veränderungen auf aidsspezifische Massnahmen**

Die Auswirkungen von Veränderungen struktureller und regulatorischer Art auf das bestehende Präventionsangebot sind von Fall zu Fall unterschiedlich. Im Kanton St. Gallen ist zwar die Angliederung von Maria Magdalena an das Amt für Gesundheitsvorsorge bei der St. Galler Aids-Hilfe auf Unverständnis gestossen; negative Auswirkungen auf das bestehende Präventionsangebot waren damit aber nicht verbunden. Im Kanton Genf hatte das Auftauchen eines neuen Akteurs – ASFAG – Auswirkungen auf die Verteilung kantonaler Gelder. Die Betroffenenorganisation *PVA-Genève* und die *Groupe Sida Genève* (GSG) erhielten ab 2004 weniger Geld. Welche Auswirkungen dies auf das bestehende Angebot haben wird, konnte zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch nicht eingeschätzt werden. Etwas anders sieht die Situation auf der nationalen Ebene aus, wo mit dem Schweizerischen Tropeninstitut und dem Schweizerischen Roten Kreuz zwei neue Akteure die Bühne der Aidsprävention betreten haben. Der Rekurs der AHS gegen eine Projektvergabe an diese beiden Organisationen hatte zur Folge, dass der Startschuss für das Subsahara-Projekt um ein Jahr verzögert wurde.

In der nachstehenden Tabelle sind die in der untersuchten Zeitperiode eingetretenen regulatorischen und strukturellen Veränderungen noch einmal aufgeführt.

---

<sup>103</sup> Das Winterthurer Stadtparlament entschied sich mit 29:27 Stimmen nur knapp für einen Gegenantrag der EVP.

**Tabelle 12: Übersicht über regulatorische und strukturelle Veränderungen in der Aidsprävention**

Fall	regulatorische Veränderungen	strukturelle Veränderungen
CH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Migration</i>: Beendigung PMG, Gesamtstrategie Migration und Gesundheit</li> <li>• <i>Schule</i>: thematische Einbettung in Bildung + Gesundheit – Netzwerk Schweiz</li> <li>• <i>STOP AIDS</i>: neue Rolle des Kreativteams</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Migration</i>: Schaffung Dienst Migration</li> <li>• <i>Schule</i>: Aufbau eines nationalen Kompetenzzentrums für Bildung und sexuelle Gesundheit</li> </ul>
AG	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Einführung von Leistungsverträgen</li> </ul>	keine
GE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DASS: Einführung von Leistungsverträgen</li> <li>• MSW-Trägerschaft wechselt von Dialogai zu Aspasia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• DGS-Reorganisation</li> <li>• GSG: Auslagerung des Schadenminderungsbereichs</li> <li>• neuer Akteur: ASFAG</li> </ul>
GR	<ul style="list-style-type: none"> <li>• in Planung: neu überarbeiteter Leistungsauftrag mit klar definierten Leistungen</li> <li>• direkter Zugang zum Departementsvorsteher fällt weg</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reorganisation des Erziehungsdepartementes</li> </ul>
NE	keine	keine
SG	<ul style="list-style-type: none"> <li>• gemeinsamer Auftritt und Zusammenarbeit der AHSGA mit FAMPLA</li> <li>• Einführung von Leistungsverträgen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• neuer Akteur: Maria Magdalena</li> <li>• Auflösung bzw. Eingliederung des Amtes für Gesundheitsvorsorge ins Kantonsarzt-Amt</li> </ul>
TI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fusion der Prostitutionsprojekte APiS und Venere zum Projekt PRIMIS</li> <li>• Zuständigkeit für Aidsdossier wechselt von der Sezione sanitaria zum Kantonsärztlichen Dienst; Koordinationsstelle (20%) wird gestrichen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Auflösung der CFSI</li> </ul>
ZH	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Leistungsverträge mit verschiedenen Organisationen</li> <li>• administrative Zuteilung der Aids-Infostelle ans Departement Soziales und Sicherheit</li> <li>• Isla Victoria/Herrmann: neuer Standort der Anlauf- und Beratungsstellen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• neue Fachstelle für Sexualpädagogik ‚Lust und Frust‘</li> <li>• Auflösung HABZO/Verein Prima Donna</li> </ul>

### 7.2.3 Die Entwicklung der Ressourcen in der Aidsprävention

Die oben stehenden Ausführungen verdeutlichen, dass die untersuchten aidsspezifischen *policy monopolies* – mit Ausnahme vielleicht der nationalen Ebene (Beendigung des Projektes Migration und Gesundheit und Erarbeitung der Gesamtstrategie Migration und Gesundheit, Schaffung eines nationalen Kompetenzzentrums für Bildung und sexuelle Ge-

sundheit, Auflösung der AID) – generell als sehr stabil bezeichnet werden können. Zwar wurden in einzelnen Fällen Arbeitsabläufe verändert, zwar haben sich teilweise neue Akteure etabliert und bestehende sind von der Bildfläche verschwunden. Diese Veränderungen können aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass die untersuchten *policy monopolies* generell über eine relativ hohe Stabilität und Kontinuität verfügen.

Ein wichtiges Indiz für die Frage, ob sich ein *policy monopoly* in einer stabilen Phase befindet oder aber in einer, die sich durch einen tiefgreifenden Politikwandel auszeichnet, liefert ein Blick auf die Entwicklung der in einem bestimmten Politikfeld verfügbaren Ressourcen. Verharren die verfügbaren Ressourcen auf einem annähernd stabilen Niveau oder nehmen sie zu, kann davon ausgegangen werden, dass sich ein bestimmter Politikbereich in einem negativen Feedback-Prozess befindet. In einem solchen Prozess dominieren Mechanismen, die zu Stabilität und Inkrementalismus führen. Solche Prozesse laufen dann ab, wenn in einem bestimmten Politikbereich ein relativ konstanter Output erzeugt wird.

Befindet sich hingegen ein Politikbereich in einem positiven Feedback-Prozess, in dem der bis anhin geltende Status Quo eines *policy monopoly* gefährdet ist und dessen Vorherrschaft zum Erliegen kommt, dann ist die Wahrscheinlichkeit gross, dass auch das Ausmass der bis anhin verfügbaren Ressourcen drastisch zurückgehen wird.

Da in der sozialwissenschaftlichen Forschung davon ausgegangen wird, dass bei einem allfälligen Politikwandel im Aidsbereich insbesondere der Präventionsbereich und der Bereich, der sich mit arbeits- und versicherungsrechtlichen Fragen auseinandersetzt, unter Druck geraten könnte, konzentrieren sich die folgenden Ausführungen auf diese beiden Bereiche.<sup>104</sup>

Im Verlaufe der Untersuchung hat sich gezeigt, dass es äusserst schwierig ist, alle für den Aidsbereich (insbesondere die Aidsprävention) zur Verfügung gestellten Mittel über eine längere Zeitperiode genau zu erfassen und zu dokumentieren. Dies deshalb, weil beispielsweise auf Bundesebene nicht nur das BAG Mittel für die Aidsprävention spricht, sondern in einem kleineren Umfang auch andere Bundesämter.<sup>105</sup> Folglich sind in dem vom BAG ausgewiesenen Aidskredit nicht alle real für die Aidsprävention ausgegebenen Mittel enthalten.

Aus diesem Grund konzentrieren sich die folgenden Ausführungen auf die Entwicklung des Aidskredits des BAG und die Einnahmen der Aids-Hilfen für die Jahre 1994 bis 2003. Diese Zahlen und die aus den Interviews generierten Informationen erlauben es, die Entwick-

---

<sup>104</sup> Die Ressourcenlage des klinischen Bereichs wurde teilweise in den Kapiteln 6.8 bis 6.3 thematisiert.

<sup>105</sup> Z.B. das Bundesamt für Sport, das Bundesamt für Sozialversicherungen oder das Bundesamt für Flüchtlinge.

lung der für die Bekämpfung von HIV und Aids eingesetzten Ressourcen ziemlich genau – wenn auch nicht vollständig – einzuschätzen.

### 7.2.3.1 Die Ressourcenentwicklung auf der nationalen Ebene

In Kapitel 6.1.5 wurde bereits gezeigt, dass der vom BAG verwaltete Aidspräventionskredit ab 1996 rückläufig ist. Der Rückgang des Aidspräventionskredites auf Bundesebene unterscheidet sich vom Rückgang der Ressourcen auf Kantonsebene. Während es sich beispielsweise in Aargau und Graubünden bei den Reduktionen der kantonalen Beiträge an die jeweilige Aids-Hilfe um lineare oder punktuelle Sparbemühungen handelte, fand beim BAG eine Umverteilung zugunsten anderer Präventionsbereiche statt. Im BAG stellt sich damit die zentrale Frage, nach welchen Kriterien entschieden werden soll, wie die knappen Mittel auf die verschiedenen Präventionsbereiche verteilt werden sollen resp. in welchem Bereich wieviel gespart werden soll. Den Ausführungen einiger GesprächspartnerInnen aus dem BAG zufolge werden dabei möglichst objektive *Public Health*-Kriterien berücksichtigt, d.h. es werden beispielsweise die durch die verschiedenen Suchtmittel bzw. durch Aids verursachten Todesfälle, aber auch die direkten, indirekten und sozialen Kosten von Aids, Tabak und Alkohol in der Entscheidungsfindung berücksichtigt. Neben diesen objektiven Kriterien werden aber auch politische Überlegungen einbezogen, insbesondere wenn keine oder ungenaue Daten zu den *Public Health*-Kriterien vorliegen. Ein BAG-Vertreter führt dazu aus:

„Leider ist es aber so, dass wir in vielen Gebieten und gerade auch bei diesen, welche die schwächsten Lobby-Gruppen haben (z.B. Migranten), wenig Zahlen haben. [...] Also kommen wir auch nicht darum herum, politische Aspekte mit zu berücksichtigen. Und ich glaube, es ist irgendwo auch die Pflicht – das ist nun meine persönliche Meinung – von einem Amt, die Schwächeren insbesondere auch zu berücksichtigen. Das lässt sich auf die Aufgaben des Staates zurückführen. Aufgabe des Staates ist es, natürlich für alle Bürger zu sorgen, aber insbesondere auch für die Schwächsten.“

Da die Verteilung des Präventionskredites auf die einzelnen Bereiche zwischen den Sektions- bzw. Fachstellen-LeiterInnen der Facheinheit Sucht und Aids ausgehandelt wird, spielt auch das jeweilige Verhandlungsgeschick sowie der persönliche Einsatz eine Rolle. Ein BAG-Vertreter äussert sich zu diesem Aspekt wie folgt:

„[...] wenn man innerhalb der Gruppe diskutiert, ist es wichtig, wie gut man seine Gründe darlegen kann und argumentieren kann. Wenn man vor zwei Jahren gesehen hätte, dass die Zahlen [HIV-Ansteckungen] weiter hinuntergehen trotz den Budgetkürzungen, wäre es schwierig gewesen, einen guten Grund zu finden, warum man nicht kürzen sollte bzw. sogar herauffahren sollte. Jetzt mit der neuen Situation [Wiederanstieg der Infektionszahlen] hat man natürlich einen guten Grund.“

Falls zwischen den Sektions- bzw. Fachstellen-LeiterInnen über die Mittelverteilung keine Einigung zustande kommt, liegt die Entscheidungsgewalt bei der Leitung der Facheinheit. Es kommt aber auch vor, dass Präventionsprogramme inklusive Budget vom Bundesrat genehmigt werden müssen. In diesem Fall besteht kein Spielraum für Verhandlungen mehr. Aus diesen Ausführungen folgt, dass sich die Reduktion des Aidspräventionskredites durch fachliche Prioritätensetzung, strukturelle Bedingungen (fehlende gesetzliche Grundlage, Konkurrenz zwischen den Präventionsbereichen innerhalb der Facheinheit Sucht und Aids) und Eigeninteressen der SektionsleiterInnen erklären lässt.

#### **7.2.3.2 Die Entwicklung der Ressourcen auf kantonaler Ebene**

Die Beiträge der kantonalen Gesundheitsbehörden an ihre Aids-Hilfen haben sich in den sieben untersuchten Kantonen unterschiedlich entwickelt. Während in drei Kantonen eine Abnahme und in zwei Kantonen eine Stabilisierung der Beiträge zu beobachten ist, ist in zwei Kantonen eine Zunahme der Beiträge erfolgt.<sup>106</sup>

##### *a) abnehmende Beiträge der öffentlichen Hand*

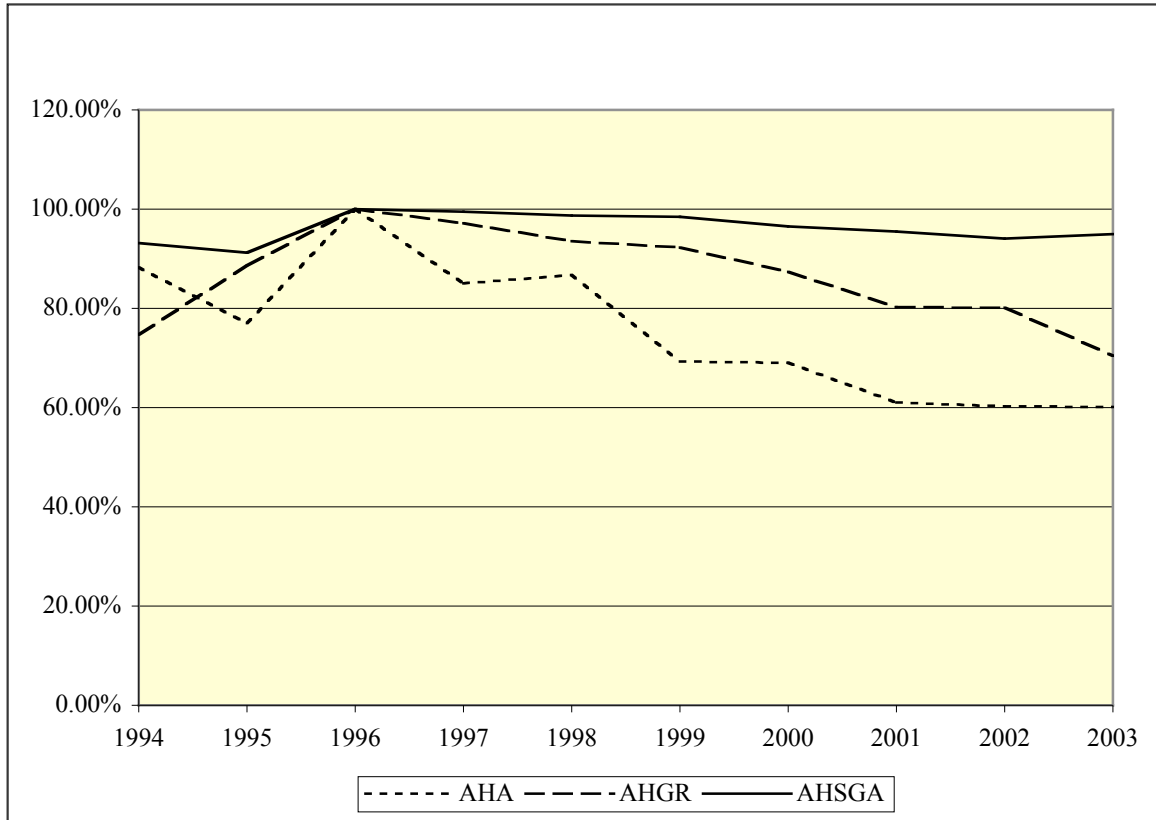
In den Kantonen Aargau und Graubünden ist eine klare Abnahme der Beiträge der öffentlichen Hand (kantonale und kommunale Beiträge) an die Aids-Hilfen zu beobachten. Im Kanton St. Gallen verharren zwar die Beiträge der öffentlichen Hand auf einem stabilen Niveau, aufgrund der Teuerung ist aber auch dort eine 5%-ige Abnahme festzustellen (vgl. Abbildung 22).

---

<sup>106</sup> Es muss an dieser Stelle noch einmal darauf hingewiesen werden, dass diese Zahlen nur einen allgemeinen Trend im Aidsbereich und nicht die effektiv getätigten Ausgaben der öffentlichen Hand für *alle* im Aidsbereich ergriffenen Massnahmen abbilden.

**Abbildung 22: Entwicklung der staatlichen Beiträge an die Aids-Hilfen der Kantone Aargau, Graubünden und St. Gallen (teuerungsbereinigt)**

1996 = 100%



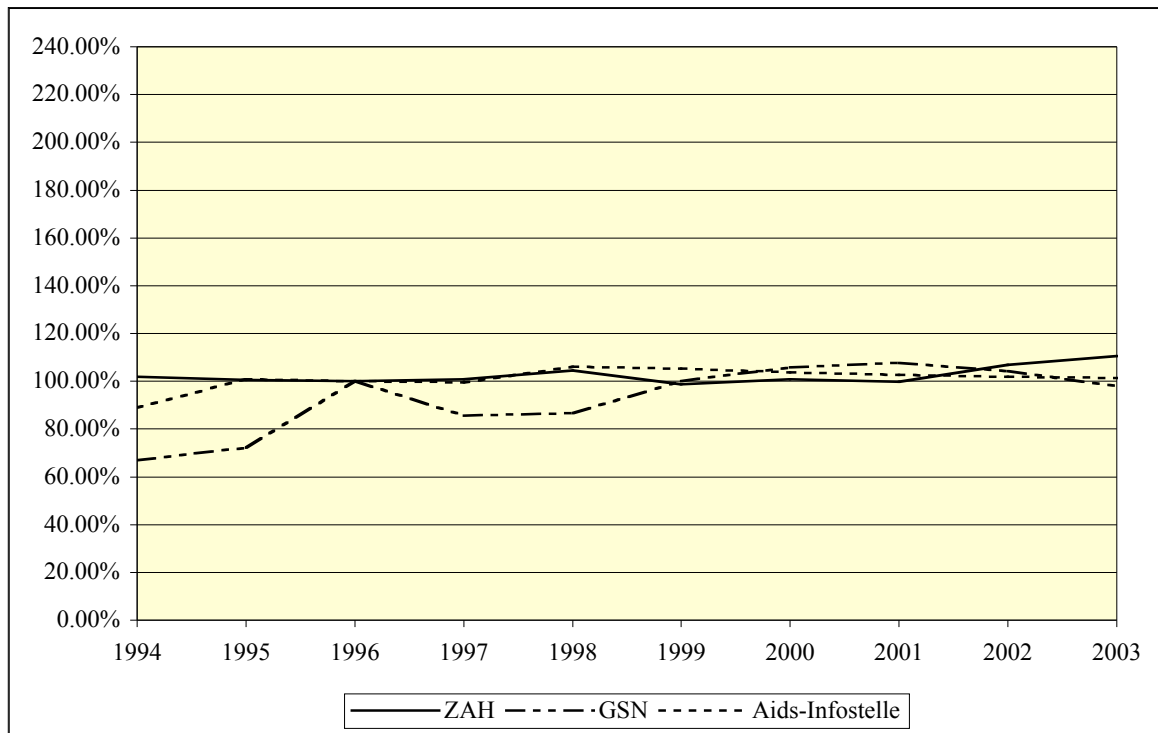
Quelle: Jahresberichte der AHA, AHGR, AHSGA 1994-2003.

#### *b) stabile Beiträge der öffentlichen Hand*

In den Kantonen Neuenburg und Zürich bewegen sich die Beiträge der öffentlichen Hand an die Aids-Hilfen unter Berücksichtigung der Teuerung auf stabilem Niveau (vgl. Abbildung 23). Während bei der ZAH im letzten Jahr eine leichte Zunahme zu beobachten ist, kündigt sich jedoch im Kanton Neuenburg eine Abnahme an, die laut befragten Personen im Jahre 2004 eher noch zunehmen wird, da die Defizitgarantie des Kantons um 10% reduziert werden soll. Auch die Aids-Infostelle wird ab 2004 eine 6%-ige Abnahme der öffentlichen Subventionen hinnehmen müssen (vgl. Abbildung 23).

**Abbildung 23: Entwicklung der staatlichen Beiträge an die Aids-Hilfen der Kantone Genf, Neuenburg und Zürich (teuerungsbereinigt)**

1996 = 100%



Quelle: Jahresberichte der ZAH, GSN, Aids-Infostelle 1994-2003.

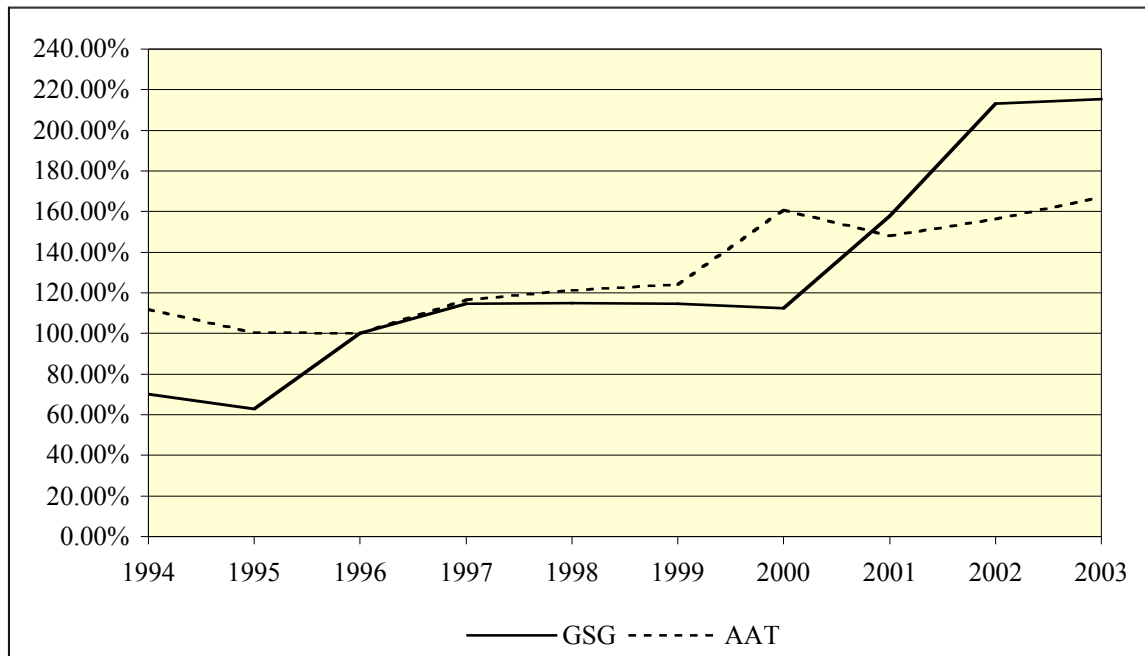
### *c) zunehmende Beiträge der öffentlichen Hand*

In den Kantonen Genf und Tessin haben die Beiträge der öffentlichen Hand an ihre Aids-Hilfen seit 1996 klar zugenommen (vgl. Abbildung 24). Der enorme Anstieg bei der GSG ab dem Jahre 2000 kann durch die im Dezember 2001 eröffnete Anlaufstelle mit Injektionsraum für Drogenkonsumierende (Quai 9) erklärt werden. Von den zusätzlichen Subventionen für dieses Angebot hat aber gemäss Aussagen der Geschäftsleitung unter dem Strich die gesamte Organisation profitiert.

Auch im Kanton Tessin haben die Beiträge der öffentlichen Hand an ihre Aids-Hilfe erheblich zugenommen. Diese Steigerung wird vor allem mit der Erhöhung kantonaler Beiträge an verschiedene Projekte erklärt. Im Gegensatz zu den vom Kanton gewählten Projektbeiträgen ist der der AAT ausgerichtete Sockelbeitrag von rund 250'000 Franken pro Jahr seit 1994 relativ konstant geblieben.

**Abbildung 24: Entwicklung der staatlichen Beiträge an die Aids-Hilfen in den Kantonen Genf und Tessin (teuerungsbereinigt)**

1996 = 100%



Quelle: Jahresberichte der AAT, GSG 1994-2003.

### 7.2.3.3 Entwicklung der Gesamteinnahmen der Aids-Hilfen

In den drei voranstehenden Kapiteln wurde nur die Entwicklung der öffentlichen Beiträge an die Aids-Hilfen untersucht. Betrachtet man die Entwicklung der Gesamteinnahmen der verschiedenen Aids-Hilfen (neben Subventionen der öffentlichen Hand auch Spendengelder, Einnahmen aus dem Verkauf von Dienstleistungen und Lehrmitteln, etc.) so zeigt sich, dass nur die AHGR die Einnahmen aus Spendengeldern, dem Verkauf von Dienstleistungen usw. steigern und damit die Abnahme der staatlichen Mittel auffangen konnte. Bei den Aids-Hilfen in den Kantonen Aargau und St. Gallen sowie bei der Aids-Infostelle Winterthur haben diese Einnahmen abgenommen, bei den Aids-Hilfen der Kantone Genf, Neuenburg und Zürich waren sie stabil (vgl. nachstehende Tabelle).



**Tabelle 13: Ressourcenentwicklung bei den Aids-Hilfen, geordnet nach der Entwicklung der staatlichen Subventionen**

Fall	NGOs	Entwicklung der staatlichen Subventionen an Aids-Hilfen	Entwicklung der Gesamteinnahmen der Aids-Hilfen	Entwicklung der staatlichen Ausgaben im Gesundheitsbereich
GE	GSG	↑ zunehmend	↑ zunehmend	↑ zunehmend
TI	AAT	↑ zunehmend	↑ zunehmend	↑ zunehmend
CH	AHS	~ schwankend	↑ zunehmend	↑ zunehmend
ZH	ZAH	– stabil	– stabil	↑ zunehmend
NE	GSN	– stabil	– stabil	↑ leicht zunehmend
ZH	Aids-Infostelle	– stabil	↓ abnehmend	↑ zunehmend
GR	AHGR	↓ abnehmend	– stabil	↑ zunehmend
SG	AHSGA	↓ leicht abnehmend	↓ leicht abnehmend	↑ zunehmend
AG	AHA	↓ abnehmend	↓ abnehmend	↑ zunehmend

Quelle: Jahresberichte der NGOs 1996-2003, Eidgenössische Finanzverwaltung.

Tabelle 13 verdeutlicht ebenfalls, dass die Entwicklung der öffentlichen Ausgaben für die Aidsprävention kontrastiert mit den zunehmenden staatlichen Gesundheitsausgaben. Das heisst, im Gegensatz zur Entwicklung der Gesamtausgaben für die Gesundheit haben die Ausgaben für die Aidsprävention nicht weiter zugenommen.

#### 7.2.3.4 Erklärungen für die unterschiedliche Ressourcenentwicklung

Grundsätzlich kann die Reduktion der öffentlichen Mittel bzw. deren Stabilisierung nicht dadurch erklärt werden, dass von den zuständigen staatlichen Behörden die Notwendigkeit der Aidsprävention hinterfragt oder gar verneint würde. Im Gegenteil, die zuständigen Stellen bemühen sich in der Regel sehr, die Mittel für die Aidsprävention zu verteidigen. Die Entscheide für die Reduktion der Beiträge in Aargau, Graubünden und die zukünftigen Sparmassnahmen in Neuenburg und Zürich wurden nicht von den für die Aidsprävention zuständigen Stellen beschlossen, sondern entweder von der Amts- oder gar Departementsleitung.

In den Kantonen Aargau und Graubünden, in denen die kantonalen Beiträge an die Aids-Hilfen gekürzt wurden, handelt es sich um Sparbemühungen und nicht um Umverteilungen zugunsten anderer Präventionsbereiche. In den Kantonen Genf, St. Gallen, Zürich und Neuenburg ist es bis Ende 2003 trotz Spardruck und Sparpaketen noch zu keinen Subventionskürzungen gekommen. Diese aus Sicht der Präventionsfachleute erfreuliche Tatsache wird

auf die guten Beziehungen zwischen staatlichen Behörden und NGOs sowie auf die unermüdliche Überzeugungsarbeit der Fachleute zurückgeführt.

Im Kanton Zürich hat sich offenbar eine gewisse Verteidigungsstrategie gut bewährt. Das heisst, es wird versucht, das Bestehende zu bewahren und ja keine politischen Prozesse und in der Öffentlichkeit ausgetragene Diskussionen zu provozieren. Die Verteidigungsstrategie der zuständigen politischen Behörden wird mit dem massiven Erstarken der SVP in Verbindung gebracht. Ein ZAH-Vertreter dazu:

„Seither erlebe ich in der Verwaltung stark den Reflex, wenn es irgendwo geht, am Bestehenden nichts verändern zu müssen, das dann durch irgendwelche Kantonsräte und Gemeinderäte oder sonstige politische Prozesse geht, wo es angreifbar wird. Wenn man es irgendwie schafft, das Bestehende so zu halten, wie es ist, und wir müssen uns nicht irgendwelchen Konflikten aussetzen mit der politischen Seite, dann wird es im Moment eher so gemacht. Das sichert zwar viele Sachen, blockiert aber auch Weiterentwicklungsprozesse.“

Im Kanton St. Gallen konnten Sparbemühungen im Aidsbereich nur durch Zufall abgewendet werden. Im Rahmen des Sparpakets für das Jahr 2004 wurde das Budget des ZEPRA, und damit die Mittel für alle anderen Präventionsbereiche, um die Hälfte reduziert. Über die öffentlichen Mittel für die Aidsprävention sei hingegen am runden Tisch, an dem das Sparpaket von Regierungs- und KantonsratsvertreterInnen ausgehandelt worden sei, gar nie diskutiert worden. Die starke Gemeindelobby habe durchgesetzt, die Beiträge an private Leistungserbringer nicht zu kürzen, da diese Kürzungen zu Lasten der Gemeinden ausgefallen wären – was allerdings bei der Aids-Hilfe nicht der Fall ist. Insofern hatte die Aids-Hilfe grosses Glück, im Pool von Leistungsvereinbarungen mit Aussenstehenden und nicht wie das ZEPRA direkt dem Amt für Gesundheitsvorsorge angegliedert zu sein.

#### **7.2.3.5 Auswirkungen der Ressourcenlage auf das Angebot**

Die Ausführungen über die in der Normalisierungsphase stattgefundenene Entwicklung der im Aidsbereich zur Verfügung stehenden Mittel haben gezeigt, dass das in der Aidspolitik dominierende *policy monopoly* finanziell bis jetzt nicht allzu stark unter Druck geraten ist. Zwar stehen in vielen Fällen nicht mehr so viele Ressourcen zur Verfügung wie noch zu Beginn der 90er Jahre. Dabei handelt es sich aber um keine besonders erstaunliche Tatsache, bedenkt man die im Aidsbereich eingetretene Normalisierung und den auf den öffentlichen Haushalten lastenden Spardruck. Umso erstaunlicher ist die Tatsache, dass es in einzelnen Fällen – allen voran bei der AHS, der AAT sowie der GSG – sogar gelungen ist, die Gesamteinnahmen zu steigern. Insofern kann die in diesem Kapitel aufgezeigte Entwicklung der Ressourcen als weiteres Indiz dafür genommen werden, dass sich im Bereich der schweizerischen Aidspolitik kein radikaler Politikwandel im Sinne der *Punctuated Equi-*

*librium Theory* abzeichnet und dass das bis anhin dominierende *policy monopoly* das Ruder immer noch fest in der Hand hält.

In den Fällen, wo eine Abnahme der öffentlichen Mittel eingetreten ist, hat diese Entwicklung keine Angebotsreduktion in den untersuchten Bereichen zur Folge gehabt. Die Mittelkürzungen im Bereich der STOP AIDS-Kampagnen haben laut Evaluation der Aidspräventionsstrategie 1996-1998 lediglich zur Folge gehabt, dass die Kampagnen infolge der Budgetkürzungen weniger Unterstützung erhalten haben als in früheren Jahren (Dubois-Arber, Jeannin et al. 1999a).

Die Untersuchung hat jedoch gezeigt, dass die knappen Ressourcen in der Aidsprävention dazu führen, dass nicht angemessen auf neue Herausforderungen reagiert werden kann und die Entwicklung neuer Präventionsmassnahmen vielfach erschwert wenn nicht gar verunmöglicht wird. So hat sich insbesondere im Migrationsbereich gezeigt, dass auf eine hohe Prävalenz einzelner Migrationsgruppen wohl auch aufgrund fehlender Ressourcen nicht angemessen reagiert werden konnte. Insofern stellen die knappen Ressourcen in der Aidsprävention eine Gefahr für das Innovationspotenzial und die Reaktionsfähigkeit der in diesem Bereich aktiven NGOs dar. Eine Person aus dem Präventionsbereich umschreibt diese Situation folgendermassen:

„Das ist für mich oft eine Schwierigkeit. Quasi das Bestehende erhalten zu können, das gut ist. Aber durch das hat man dann wie keine Möglichkeit, neue Wege zu gehen, etwas Neues auszuprobieren. Das finde ich nicht ganz einfach.“

#### **7.2.4 Fazit**

Die empirische Untersuchung von sieben Kantonen sowie der nationalen Ebene hat gezeigt, dass auf beiden politischen Ebenen einige institutionelle Veränderungen stattgefunden haben. Zudem konnte aufgezeigt werden, dass die den Aidsakteuren zur Verfügung stehenden Ressourcen als ziemlich angespannt bezeichnet werden müssen. Von einer radikalen Veränderung der schweizerischen Aidspolitik seit Anbeginn dominierenden *policy venues* kann aber nicht gesprochen werden. Es können verschiedene Erklärungen dafür angeführt werden, weshalb sich in der Schweizer Aidspolitik kein umfassender Politikwandel manifestiert und weshalb die Aidspolitik vor allem durch Kontinuität und Stabilität gekennzeichnet ist.

1. Ein Grund, weshalb sich die schweizerische Aidspolitik als relativ resistent gegenüber regulatorischen bzw. strukturellen Veränderungen erweist, liegt darin, dass das der Aidspolitik zu Grunde liegende *policy image* nach wie vor als tragendes Leitmotiv in der Aidsarbeit akzeptiert wird (vgl. Kapitel 7.1). Auch der klinische Bereich, der durch

die Erfolge mit HAART an Bedeutung gewonnen hat, stellt es nicht in Frage. Die Tatsache, dass das von den *policy monopolies* in den Kantonen und auf Bundesebene vertretene *policy image* völlig unbestritten ist, trägt dazu bei, dass radikale Veränderungsprozesse in der Schweizer Aidsprävention rar sind. Die Dominanz des von allen beteiligten Akteuren geteilten *policy image* entpuppt sich demnach als ein strukturerhaltendes Element.

2. Die Zusammenarbeit zwischen den in der HIV/Aids-Prävention tätigen Organisationen mit den Gesundheitsbehörden (und insbesondere mit dem BAG) weist beinahe einen symbiotischen Charakter auf, denn beide Seiten sind in hohem Masse voneinander abhängig. Seit dem Beginn der staatlichen Massnahmen im Aidsbereich stützen sich sowohl das BAG als auch die meisten kantonalen Gesundheitsbehörden bei der Umsetzung auf die Strukturen und das Fachwissen von NGOs, die sich auf die Thematik HIV und Aids spezialisiert haben. Die Aufträge der öffentlichen Hand stärkten die Stellung dieser Organisationen beträchtlich, was durchaus im gegenseitigen Interesse lag. Bemühungen seitens des BAG, das Abhängigkeitsverhältnis mit der AHS mittels der Strategie der neuen Partnerschaften abzubauen, sind kläglich gescheitert. Die Posten derjenigen im BAG, die diese Strategie vorangetrieben haben, sind unterdessen mit neuen Personen besetzt worden. Nachdem die andere bundesweit tätige Organisation (Aids Info Docu) unterdessen aufgelöst, und nachdem die Transferstrategie über Bord geworfen worden ist, bleibt nur noch die AHS als ernst zu nehmende Partnerorganisation des BAG übrig. Demzufolge hat sich das gegenseitige Abhängigkeitsverhältnis gegenüber früher sogar noch verstärkt, Umstrukturierungen werden in Zukunft eher noch schwieriger zu bewerkstelligen sein.
3. Im Hinblick auf den Kanton Zürich kann die relative Stabilität des dortigen *policy monopolies* auch mit der gegenüber den anderen untersuchten Kantonen stark ausgeprägten Politikverflechtung zwischen Kanton und Städten erklärt werden. Denn anders als in anderen Kantonen fungiert in Zürich auch die städtische Ebene als wichtiger Geldgeber für NGOs, die in der Aidsprävention tätig sind. Für einzelne Organisationen stellen die städtischen Behörden in Zürich und Winterthur sogar die wichtigeren Geldgeber dar als die kantonalen Gesundheitsbehörden. Dieses Arrangement stellt für die mit der Umsetzung des nationalen HIV/Aids-Programms hauptverantwortlichen kantonalen Gesundheitsbehörden eine Erschwernis dar, eine Steuerungsfunktion im Aidsbereich zu übernehmen. Diese komplexe Politikverflechtung (Scharpf 1978) in der zürcherischen Aidsprävention ist also sicher mit ein Grund dafür, weshalb regulatorische bzw. strukturelle Veränderungen im Zürcher *policy monopoly* rar sind.
4. Die Resistenz der schweizerischen Aidspolitik gegenüber tiefgreifenden institutionellen Veränderungen kann auch mit den Eigeninteressen der involvierten Akteure erklärt werden. Die Gesundheitsbehörden haben vor allem aus zwei Gründen ein Interesse daran, weiterhin in aidspräventive Massnahmen zu investieren. Erstens breitet sich die Aidsepidemie – wenn auch auf einem tieferen Niveau als zu Beginn der 90er Jahre –

weiterhin aus. In den letzten Jahren musste sogar ein Wiederanstieg neuer HIV-Infektionen registriert werden. Nicht zuletzt aufgrund der Erfolge, die mit dem Einsatz von wirksamen Kombinationstherapien erzielt wurden, steigt die Anzahl der mit HIV infizierten Menschen laufend an. Das Aidsproblem ist also nach wie vor alles andere als gelöst. Zweitens kommt es den Staat billiger, neue HIV-Infektionen zu verhindern, als solche mit kostspieligen Medikamenten zu behandeln. Eigeninteressen spielen auch bei den in der Aidsprävention tätigen NGOs eine zentrale Rolle, denn hinter jeder Organisation steht eine private Trägerschaft mit einer eigenen Geschichte, einer eigenen Organisationskultur, einer eigenen Identität. Es stehen Arbeitsplätze auf dem Spiel, die nicht widerstandslos preisgegeben werden. Häufig ist bei den NGOs auch viel ehrenamtliche Arbeit mit im Spiel. Diese Faktoren erschweren einen Bereinigungs- oder Strukturprozess zusätzlich.

Diese Überlegungen zeigen mit aller Deutlichkeit, dass auch die zweite Hypothese dieser Untersuchung a contrario verifiziert werden kann: *da die in der Aidspolitik dominierende Zusammenarbeitsform zwischen staatlichen Behörden und NGOs nur punktuell einem institutionellen Wandel unterlegen ist, ist in der schweizerischen Aidspolitik kein policy change festzustellen.*

### 7.3 HIV/Aids auf der makropolitischen Agenda

Die in den sieben Kantonen und auf Bundesebene durchgeführte Untersuchung der jeweiligen Aidspolitiken in der Phase der Normalisierung zeigt auf, dass bis dato in der Schweiz kein Politikwandel stattgefunden hat. Diese Tatsache hängt damit zusammen, dass das bis anhin in der Aidspolitik dominierende *policy image* nach wie vor Bestand hat und noch nicht von einem anderen Image abgelöst wurde. Zudem sind im Bereich des *policy venue* keine tiefgreifenden institutionellen Veränderungen erfolgt.

Ein Indiz dafür, dass der Policyprozess im Bereich HIV und Aids dem Muster eines negativen Feedback-Prozesses folgt, liefert auch die Tatsache, dass auf der makropolitischen Agenda der präventive Aspekt von HIV/Aids nicht vom klinischen verdrängt wurde. Weder auf der medialen, noch auf der politischen Agenda ist eine solche Entwicklung eingetreten. Der präventive Aspekt von HIV/Aids bildet auch in den Jahren nach 1996 einen wichtigen Bestandteil in der Berichterstattung über HIV/Aids. Zudem wird im eidgenössischen Parlamentsbetrieb Prävention auch nach 1996 eindeutig stärker thematisiert als HAART.

### 7.3.1 Fazit

Für die Konstanz des Präventionsaspektes auf der makropolitischen Agenda können insbesondere zwei Begründungen angeführt werden:

1. Das Image von HAART ist ein getrübtetes. Zwar ist es der Verfügbarkeit einer wirksamen Kombinationstherapie zu verdanken, dass sich eine zu Beginn unweigerlich todbringende Krankheit zu einer weitgehend beherrschbaren mit chronischem Charakter entwickelt hat. Aber damit sind auch Nachteile verbunden. Die Kosten, die dem Gesundheitswesen durch den Einsatz von teuren Medikamenten entstehen, sind enorm. Zudem verursacht die medikamentöse Behandlung von HIV und Aids bei vielen Betroffenen starke Nebenwirkungen. Schliesslich ist die Verfügbarkeit der Medikamente in globaler Hinsicht äusserst ungerecht verteilt. Während in den hochentwickelten Industrieländern des Westens von HIV/Aids Betroffenen uneingeschränkt Zugang zu diesen kostspieligen Behandlungsmethoden gewährt wird, können sich die allermeisten Menschen in der von der Epidemie am stärksten betroffenen Weltregionen die lebenserhaltenden Medikamente schlicht nicht leisten. Zu guter Letzt hat die Verfügbarkeit von HAART einen negativen Einfluss auf das Präventionsverhalten der Menschen, die dem Irrglauben verfallen sind, Aids sei heilbar.

Die Analyse der NZZ-Artikel, die zum Thema HIV/Aids erschienen sind, hat gezeigt, dass diese negativen Attribute von HAART der Leserschaft nicht vorenthalten, sondern in zumeist sachlicher Art und Weise abgehandelt werden.

2. Für die Tatsache, dass der Präventionsaspekt von HIV/Aids auf der makropolitischen Ebene immer noch seinen Platz hat und nicht von HAART verdrängt wurde, ist in hohem Masse die jährlich durchgeführte STOP AIDS-Kampagne verantwortlich. Diese Feststellung wird insbesondere bei der Analyse der parlamentarischen Vorstösse bzw. der entsprechenden Bundesratsantworten evident. Immer wieder hat die STOP AIDS-Kampagne zu positiv wie auch negativ gefärbten Vorstössen von Parlamentsangehörigen geführt und somit dazu beigetragen, das Thema HIV/Aids auf der politischen Agenda zu halten. Die bekannte nationale Präventionskampagne erfüllt somit nicht nur eine HIV/Aids-präventive Funktion, sondern auch eine politische, und ist damit aus der Angebotspalette nicht mehr wegzudenken. Da das BAG diesbezüglich direkt als Angebotsträger fungiert, wird ein Potenzial geschaffen, um auf der nationalen Agenda Präsenz zu markieren, Aufmerksamkeit zu schaffen und das durch die Kampagne transportierte *policy image* zu verfestigen. Das im HIV/Aids-Bereich dominierende *policy monopoly* verfügt somit über einen im Policyprozess nicht zu unterschätzenden Trumpf, der dazu beiträgt, die eigene Dominanz zu stärken und gegenüber Einflussversuchen von Dritten zu verteidigen. Insofern trägt die STOP AIDS-Kampagne dazu bei, in der Aidspolitik einen negativen Feedback-Prozess aufrecht zu erhalten.

Die oben stehenden Ausführungen verdeutlichen, dass auch die dritte Hypothese dieser Studie a contrario verifiziert werden kann: *da HAART den Präventionsaspekt von HIV/Aids auf der makropolitischen Agenda nicht verdrängt hat, ist in der schweizerischen Aidspolitik auch kein policy change eingetreten.*





## 8 Schlussfazit

In Kapitel 3.2.1 wurde aufgezeigt, dass die *Punctuated Equilibrium Theory* in der Vergangenheit nicht nur in verschiedenen Wissenschaftszweigen, sondern auch zur Erklärung von Policyprozessen in unterschiedlichsten Politikbereichen angewendet wurde. Häufig wurde dabei mittels empirischer Untersuchungen versucht, quasi eine Beweisführung für die Daseinsberechtigung der *Punctuated Equilibrium Theory* als Gegenmodell zu inkrementalistischen Ansätzen zu führen. Dabei wurde in den meisten Fällen eine kritische Auseinandersetzung mit den eigenen theoretischen Annahmen etwas vernachlässigt. Dieses Manko soll in den folgenden Unterkapiteln mindestens zum Teil behoben werden.

Doch zunächst werden einige Überlegungen zur Zweckmässigkeit der *Punctuated Equilibrium Theory* für die Analyse der schweizerischen Aidspolitik angestellt. Anschliessend wird die Frage aufgeworfen, ob in der *Punctuated Equilibrium Theory* eine andere wichtige politikwissenschaftliche Dimension, die Interessensdimension, vernachlässigt wird. Danach wird der von der *Punctuated Equilibrium Theory* postulierte Zusammenhang zwischen Agendasetting-Prozessen und Policy Outputs untersucht. Zu guter Letzt wird der empirische Aufwand, der bei der Anwendung der *Punctuated Equilibrium Theory* anfällt, kritisch hinterfragt.

### 8.1 Die Zweckmässigkeit der Punctuated Equilibrium Theorie zur Analyse der schweizerischen Aidspolitik

Die Begründer der *Punctuated Equilibrium Theory* erheben mit ihrem theoretischen Ansatz den Anspruch, sowohl Policyprozesse zu erklären, die durch lange Phasen von Stabilität geprägt sind, wie auch solche, in denen ein tiefgreifender, häufig unerwarteter Politikwandel zu beobachten ist. Insofern bot sich diese Theorie zur Untersuchung der schweizerischen Aidspolitik an, da in der sozialwissenschaftlichen Aidsforschung verschiedentlich die Vermutung geäussert wurde, dass im HIV/Aids-Bereich der westlichen Länder grössere politische Veränderungen entweder bereits eingetreten sind, oder aber in den nächsten Jahren zu erwarten sind. Zwei seit Mitte der 90er Jahre zu beobachtende Entwicklungen untermauern diese Hypothesen:

- Die zur Eindämmung der Aidsepidemie ergriffenen Präventionsmassnahmen haben in vielen Ländern der westlichen Welt zu einem starken Rückgang der HIV-Neuinfektionen geführt. Zwar stecken sich auch in der Schweiz nach wie vor jedes Jahre einige hundert Menschen mit dem HI-Virus an. Die im Jahre 1986 gemessene Spitze von über 3'000 gemeldeten HIV-Infektionen ist aber längstens gebrochen. Seit Mitte

der 90er Jahre scheint sich in der Schweiz die Zahl neu gemeldeter Ansteckungen irgendwo zwischen 500 und 800 pro Jahr einzupendeln.

- Die seit 1996 existierende Verfügbarkeit einer wirksamen Kombinationstherapie (HAART) zur Behandlung von HIV-positiven bzw. aidskranken Menschen hat Aids den Schrecken genommen. Aus einer ehemals früher oder später todbringenden Krankheit ist eine geworden, die immer mehr einen chronischen Verlauf nimmt.

Diese beiden Entwicklungen haben dazu geführt, dass der Sonderstatus von Aids aufgebrochen ist. In den entwickelten Ländern der westlichen Welt spricht man heute in Bezug auf Aids von Normalisierung bzw. Normalität. Ob diese beiden an sich erfreulichen Entwicklungen zu einem Wandel der HIV- und Aidspolitik in der Schweiz geführt haben oder noch führen werden, diese Frage stand im Zentrum der vorliegenden Studie.

Die *Punctuated Equilibrium Theory* hat sich bei der Untersuchung dieser Hauptfragestellung als sehr fruchtbar erwiesen, denn es hat sich gezeigt, dass gerade im Aidsbereich das Konzept von *policy image* sowie *policy venue* eine hohe Erklärungskraft für das Verständnis der Aidspolitik nicht nur der Schweiz, sondern generell der meisten westlichen Länder besitzt.

Es war das Auftauchen eines bis anhin unbekannten Virus Anfang der 80er Jahre, das zu einem Umdenken im Bereich der öffentlichen Gesundheit und schliesslich zum *exceptionalism* mit den damit verbundenen Innovationen führte. Rosenbrock, Dubois-Arber et al. (1999) machen für diese Entwicklung verschiedene Gründe verantwortlich. Einer davon betrifft die Abkehr von bisherigen Konzepten in der öffentlichen Gesundheitspolitik. Zwangsuntersuchungen, strenge Verhaltensauflagen, Eingriffe in die Bürgerrechte und in die Privatsphäre des Einzelnen sowie Quarantäne und Therapiezwang – alles Konzepte, die typisch waren für *Old Public Health* – wurden schon seit längerer Zeit in Frage gestellt und nun endgültig verworfen. Jetzt waren die Lösungsansätze der *New Public Health* gefragt, in denen die Beeinflussung des menschlichen Verhaltens (Verhaltensprävention) und die Verbesserung der Lebensverhältnisse (Verhältnisprävention) im Zentrum stehen. Mit Massnahmen der *New Public Health* sollen die Entscheidungs- und Handlungskompetenzen des Menschen durch Empowerment und Emanzipationsprozesse gestärkt werden (Geene 2000). Im Zentrum von *New Public Health*-Konzepten stehen

„community-Mobilisierung, Partizipation der Zielgruppen bei Planung, Durchführung von Prävention, Versorgung und sozialer Unterstützung, individuelle und massenmediale Orientierung auf Kommunikation, positive Verhaltensanreize in der sozialen Umwelt, *enabling* und *empowerment* als Zielgrössen und Voraussetzung eines individuell wie gesellschaftlich verantwortlichen Risikomanagements.“ (Rosenbrock, Dubois-Arber et al. 1999: 5).

Die Abkehr von Konzepten und Lösungsansätzen der *Old Public Health* fiel umso leichter, als beim Ausbruch der Epidemie rasch deutlich wurde, dass die klinische Medizin gegen das HI-Virus machtlos war und dies auch für längere Zeit bleiben sollte.

Diese Überlegungen verdeutlichen, dass das Konzept des *policy image*, wenn es nicht nur als das im Zusammenhang einer bestimmten Politik vermittelte Image, sondern als umfassendere Strategie zur Lösung öffentlicher Probleme verstanden wird, gerade im Aidsbereich von zentraler Bedeutung ist. Kann mittels sozialwissenschaftlicher Methoden nachgewiesen werden, dass in diesem Kernelement der Aidspolitik Risse entstehen und neue – bzw. in diesem Fall bereits überwunden geglaubte – Lösungsansätze sich durchzusetzen beginnen, könnte man in der Tat auf einen tiefgreifenden Politikwandel schliessen.

Auch das zweite zentrale Element der *Punctuated Equilibrium Theory*, das insbesondere die institutionelle Komponente von Policyprozessen betont, das Konzept des *policy venue*, birgt im Falle von Aids eine hohe Erklärungskraft. Die Grundfragen der Aidsstrategie wurden in der westlichen Welt in einer öffentlichen Kontroverse diskutiert. Daran beteiligt waren Regierungen, NGOs sowie VertreterInnen von Gesundheitsberufen. Diese setzten sich angesichts der von Aids ausgehenden Gefahr dafür ein, bestehende Regeln, Routinen und Ansätze zu überdenken und neue Lösungsansätze mit einem hohen Innovationspotenzial zu suchen und umzusetzen. Der aidsbezogene Politikformulierungsprozess wie auch die Politikimplementation zeigten grosse Unterschiede verglichen mit der Bewältigung anderer Gesundheitsprobleme, sowohl in Bezug auf die dabei involvierten Akteure, wie auch in Bezug auf die Verteilung von Macht und Verantwortung zwischen den Akteuren. Die traditionell starke Rolle der klinischen Medizin war im Falle von HIV und Aids geschwächt, denn medikamentöse Therapien waren vorderhand nicht verfügbar. Somit mussten die politischen Entscheidungsträger andere Ressourcen erschliessen. So wurden von den staatlichen Gesundheitsbehörden allen voran die *Gay Community* für eine Zusammenarbeit gewonnen, die aufgrund der starken Betroffenheit als erste Bevölkerungsgruppe begonnen hatte, durch entsprechende Informations- und Aufklärungsarbeit in ihren eigenen Reihen eine Verhaltensänderung zu bewirken. Im Laufe der Zeit wurden weitere NGOs mit aids-spezifischen Aufgaben betraut.

Diese durch ein neues Gesundheitsproblem entstandene Zusammenarbeitsform zwischen staatlichen Gesundheitsbehörden und verschiedenen NGOs trug entscheidend zur Eindämmung der Aidsepidemie bei (Rosenbrock, Dubois-Arber et al. 2000). Wiederum trägt also ein in der *Punctuated Equilibrium Theory* zentrales Konzept – *policy venue* – massgeblich zum Verständnis der Aidspolitik bei. Sollte dieses Arrangement aufgrund der im Aidsbereich eingetretenen Normalisierung unter Druck geraten – was in verschiedenen Studien behauptet wird – ist davon auszugehen, dass im Aidsbereich ein grösserer Wandel stattfinden wird.

Die oben stehenden Ausführungen verdeutlichen, dass mit den in der *Punctuated Equilibrium Theory* zentralen Konzepten des *policy image* und des *policy venue* ein bestimmter Politikbereich auf anschauliche Weise analysiert werden kann.

Die im Rahmen dieser Dissertation vorgenommene Medienanalyse sowie die Auswertung der im HIV/Aids-Bereich eingereichten Parlamentsvorstösse und der entsprechenden Bundesratsantworten liefern weitere Gründe dafür, weshalb in der Schweizer Aidspolitik höchstens von inkrementalistischen Anpassungen, nicht aber von einem *major policy change* gesprochen werden kann. Sowohl die Auswertung der Medienanalyse wie auch diejenige der parlamentarischen Vorstösse zeigen in aller Deutlichkeit auf, dass das *policy image* von HIV/Aids bis dato nicht verdrängt werden konnte. Im Verständnis der *Punctuated Equilibrium Theory* ist jedoch die Verdrängung eines bestehenden *policy image* durch ein anderes eine notwendige Bedingung dafür, in einem bestimmten Politikbereich einen Wandel zu erzielen. Dass eine solche Entwicklung im Aidsbereich nicht stattgefunden hat, hängt mit einem Phänomen zusammen, auf das auch in den Interviews immer wieder hingewiesen wurde: zwischen dem im Aidsbereich tätigen Präventionsbereich und dem klinischen Bereich ist kein Verdrängungswettbewerb vorhanden, sondern es findet eine mehr oder weniger stark ausgeprägte Zusammenarbeit statt. Der klinische Bereich hat kein Interesse daran, den Präventionsbereich aus der HIV/Aids-Arbeit zu verdrängen. Erstens würde ein solcher Verdrängungskampf der breit abgestützten Aidsstrategie widersprechen. Zweitens würden daraus auch keine Vorteile in Bezug auf personelle und finanzielle Ressourcen resultieren, da die beiden Bereiche aus völlig unterschiedlichen Kassen finanziert werden, was zur Folge hat, dass Verteilungskonflikte zwischen den beiden Bereichen kaum möglich sind.

Diese letzten Überlegungen führen zu einem Aspekt, bei der die *Punctuated Equilibrium Theory* gewisse Schwächen aufweist, und zwar bei der ungenügenden Berücksichtigung der Interessensdimension bei der Analyse und Erklärung von Policyprozessen.

## **8.2 Interests: the missing dimension?**

Die *Punctuated Equilibrium Theory* legt ihr Schwergewicht bei der Analyse von Policyprozessen auf die beiden Dimensionen *ideas* und *institutions* sowie auf Agendasetting-Prozesse. Wird dabei eine weitere politikwissenschaftlich relevante Dimension, diejenige der Interessen, etwas vernachlässigt? Die Beantwortung dieser Frage ist nicht ganz einfach. In der Logik der *Punctuated Equilibrium Theory* ist es offensichtlich, dass die in einem bestimmten Politikbereich dominierenden *policy monopolies* ein starkes Eigeninteresse daran haben, eine Policy möglichst stabil zu halten und die Auslösung eines positiven Feedback-Prozesses nach Möglichkeit zu verhindern. Zudem sind natürlich die einen Politikbereich strukturierenden Ideen und Konzepte an bestimmte Träger gebunden, die ein wie auch immer geartetes Interesse an der Dominanz dieser Ideen und Strategien gegenüber

konkurrierenden Ansätzen haben. Auch diese Tatsache verweist implizit auf die Wichtigkeit der Interessensdimension. Aus diesen Überlegungen wird klar, dass – obwohl in der *Punctuated Equilibrium Theory* in erster Linie die beiden Dimensionen *ideas* und *institutions* von Bedeutung sind – auch die Dimension *interest* eine wichtige Rolle spielt; eine Einschätzung, die auch von anderen Autoren geteilt wird.

John (2002) beispielsweise kommt zum Schluss, dass netzwerkartige Interessengemeinschaften in der *Punctuated Equilibrium Theory* von grosser Wichtigkeit sind, da sie dazu beitragen, bestehende Agenden zu zementieren und Problemdefinitionen zu monopolisieren. Umgekehrt sind häufig neu entstandene Interessengruppen für einen Wandel auf der politischen Agenda verantwortlich. Veränderungen im Bereich des Systems von Interessengruppen haben also einen Einfluss auf das *Policymaking* und auf Agendasetting-Prozesse. Auch True und Utter (2002) vertreten die Meinung, dass sich die *Punctuated Equilibrium Theorie* auf das Wechselspiel zwischen sich konkurrierenden Ideen, Interessengruppen sowie Regierungsinstitutionen fokussiert; ein Wechselspiel, das sowohl durch Stabilität geprägte Perioden wie auch tiefgreifenden Politikwandel produziert.

Die Bedeutung der Interessensdimension in Policyprozessen wird jedoch in der *Punctuated Equilibrium Theory* zu wenig stringent herausgearbeitet. Baumgartner und Jones (1993: 175-192) fokussieren sich zudem bei der Abhandlung dieses Aspekts zu stark auf Interessen, die von irgendwelchen Interessengruppen vertreten werden. Wie steht es aber mit den Interessen von Verwaltungseinheiten, von Regierungsmitgliedern oder anderen InteressenvertreterInnen? Auf diese Frage geben Baumgartner und Jones keine befriedigenden Antworten. Es ist unbestritten, dass Ideen in der politischen Sphäre kein Eigenleben führen, sondern an Träger gebunden sind, die sie im Wettbewerb gegenüber konkurrierenden Ideen verteidigen. Insofern muss John (1999) unbedingt beigepröflichtet werden, wenn er schreibt:

„From the viewpoint of the success of ideas, policy proposals do not have a concrete existence unless they are taken up by interests and become part of the political agenda. This is because ideas need advocates to have a chance of turning into political reality. Interests interact and modify their behaviour to achieve the survival of their ideas through competing or cooperating with other interests.“ (John 1999: 43).

Diese Feststellung trägt viel zur Erklärung der Policyprozesse im Bereich der schweizerischen Aidspolitik bei, die durch inkrementalistische Entwicklungen und nicht durch einen tiefgreifenden *policy change* geprägt werden. Denn in der Schweiz hat der klinische Bereich absolut kein Interesse daran, den *New Public Health*-Ansatz und damit insbesondere den präventiven Aspekt in der Aidsarbeit zu verdrängen. Welche Vorteile würden dem klinischen Bereich aus einem solchen Verdrängungskampf entstehen? Mit Sicherheit keine materiellen, denn wie in dieser Arbeit wiederholt aufgezeigt wurde, werden der klinische und der präventive Bereich aus unterschiedlichen Kassen finanziert. In der Aidsprävention

tätige NGOs werden grösstenteils aus Präventionskrediten subventioniert, die von den staatlichen Gesundheitsbehörden bereitgestellt werden. Einzelne im Prostitutionsbereich tätige Akteure erhalten zudem Gelder aus dem Sozialbereich. Leistungen, die im klinischen Bereich erbracht werden, werden hingegen in erster Linie vom Krankenversicherungsgesetz abgedeckt. Das Ausmass der in Kantonsspitalern für die HIV-Sprechstunde und das damit verbundene Counselling zur Verfügung stehenden Stellen wird von der jeweiligen Spitaldirektion vorgegeben. Auch diesbezüglich besteht also keine Verbindung zu Geldern, die im Präventionsbereich eingesetzt werden.

Konflikte in Bezug auf die Verteilung öffentlicher Gelder sind dadurch zum vornherein ausgeschlossen. Zudem hat auch der klinische Bereich ein Interesse daran, dass weiterhin möglichst viele Neuansteckungen verhindert werden. Denn das von HIV/Aids betroffene Patientengut hat seit der Verfügbarkeit von HAART Mitte der 90er Jahre stetig zugenommen, die dafür in den Spitälern bereitgestellten personellen Ressourcen haben aber in vielen Fällen mit dieser Entwicklung nicht Schritt gehalten, so dass die betroffenen HIV-Sprechstunden an die Grenzen ihrer Kapazitäten gestossen sind. In vielen Gesprächen mit VertreterInnen aus dem HAART-Bereich wurde darauf hingewiesen, dass der klinische Bereich ebenso wie der Präventionsbereich unter knappen Ressourcen zu leiden hat und deshalb froh ist, wenn der Präventionsbereich durch entsprechende Massnahmen die weitere Ausbreitung der Aids-epidemie und damit die Zuweisung neuer HIV-positiver Menschen an den klinischen Bereich verhindern hilft.

Diese Ausführungen verdeutlichen, dass der klinische Bereich kein Interesse daran hat, sich in eine Konkurrenzsituation zum präventiven Bereich zu begeben, weil durch ein solches Verhalten für ersteren keine Vorteile resultieren würden; im Gegenteil. Eine Analyse der Eigeninteressen von Akteuren, die in einem bestimmten Politikbereich präsent sind, trägt also zumindest im Falle der schweizerischen Aids-politik massgeblich zum Verständnis des Policyprozesses bei.

Während angebotsseitige Verteilungskonflikte im Aidsbereich fehlen, liegen Interessensgegensätze in der Aidsforschung, wo die klinische Forschung sowie die sozialwissenschaftliche und Public Health-Forschung vom gleichen, vom Schweizerischen Nationalfonds verwalteten Aidskredit gespiesen werden bzw. wurden, eher im Bereich der Möglichkeit. Die Frage, ob es zwischen den verschiedenen Forschungsbereichen bereits zu Verteilungskonflikten um knappe Forschungsmittel gekommen ist, wurde jedoch im Rahmen dieser Studie nicht untersucht (vgl. zu dieser Thematik Frey und Kübler 2005).

### 8.3 Der Zusammenhang zwischen Agendasetting-Prozessen und Policy Outputs

Wenn irgendwelche Issues auf die Medienagenda kommen, beeinflusst diese Entwicklung politische Entscheidungsprozesse, und wenn ja, wie? Wenn Issues in Kongress-Hearings behandelt werden, reicht diese Tatsache aus, um legislatorische Entscheide zu erwirken? Auf diese und ähnliche Fragen geben Baumgartner und Jones keine oder nur ungenügende Antworten. Die kausalen Zusammenhänge zwischen Agendasetting-Prozessen und Policy Outputs werden also von Baumgartner und Jones nur unzureichend aufgezeigt und erklärt. Insofern weist dieser Teil ihres theoretischen Ansatzes eher deskriptive denn erklärende Merkmale auf. Zu ihrer Verteidigung muss aber angefügt werden, dass sich die beiden Autoren dieser Schwäche durchaus bewusst sind, indem sie auf Ergebnisse früherer Untersuchungen hinweisen, wo diese Problematik ebenfalls thematisiert wurde. So hat beispielsweise Kingdon (1984) aufgezeigt, dass die Berichterstattung in den Medien und Diskussionen von spezifischen Issues in Kongress-Hearings mit den von der Regierung als wichtig erachteten Issues oft nicht übereinstimmten. Umgekehrt werden häufig Issues, die weit oben auf der Regierungs-Agenda stehen, in der Medienberichterstattung und in US-parlamentarischen Hearings kaum berücksichtigt (Kingdon 1984). Auch Baumgartner (1989) fand im Rahmen einer Untersuchung von 30 Entscheidungsprozessen im französischen Bildungswesen heraus, dass nur gerade drei Fälle davon von den Medien aufgenommen wurden. Er kommt deshalb zum Schluss, dass er nur die Spitze des Eisbergs erfasst hätte, wenn er sich zum Zwecke der Erfassung der wichtigen Issues nur auf die Medienberichterstattung verlassen hätte.

Bei einigen von Baumgartner und Jones untersuchten Politikbereichen kommen diese fehlenden Kausalzusammenhänge zwischen den verschiedenen von ihnen untersuchten Agenden und daraus allenfalls resultierenden Policy Outputs besonders stark zum Ausdruck. Die Medienberichterstattung über Schädlingsbekämpfungsmittel beispielsweise erreichte Mitte der 40er und zu Beginn der 60er Jahre, sowie um 1970 ihren Höhepunkt (Baumgartner und Jones 1993: 95). In den Kongress-Hearings hingegen waren Pestizide erst im Jahre 1970 ein ausserordentliches Thema (1993: 99). Zudem wurden wichtige Gesetzestexte, die Auswirkungen auf die Pestizid-Politik hatten, teilweise verabschiedet, bevor das Thema Schädlingsbekämpfungsmittel in US-parlamentarischen Hearings behandelt wurde.

Die schwierig nachzuweisende Kausalität zwischen Agendasetting-Prozessen und *Policy-making* bzw. *policy change* zeigt sich auch am Beispiel des von Baumgartner und Jones (1993: 126-149) untersuchten Politikbereiches *Urban affairs*. Auch für diesen Politikbereich haben die beiden Autoren anhand des *Readers' Guide* und von Kongress-Hearings Agendasetting-Prozesse untersucht. Dabei zeigen sie zum einen auf, dass die städtischen Probleme von den Medien im Verlaufe des 20. Jahrhunderts fast immer vor dem Kongress aufgenommen wurden.

„we note that media coverage was sustained at a high level for a number of years prior to the increase in congressional interest. Only after an extended period of discussion in the press did Congress exhibit a rapid increase in addressing urban matters. In the case of a broad policy area such as urban affairs, media coverage is connected to government activity through a very diffuse causal process.“ (Baumgartner und Jones 1993: 131).

Zudem weisen sie nach, dass ein erhöhter Niederschlag des Themas in den Medien und im Kongress nicht unbedingt zu staatlichen Massnahmen führen muss.

Wie kann demnach der in den 60er Jahren beginnende Aufstieg und der in den 70er Jahren einsetzende Niedergang der von Präsident Johnson ins Leben gerufenen und mit zig Millionen Dollars unterstützten nationalen Städte-Initiative (*national urban initiative*) erklärt werden? Der Policyprozess im Bereich der amerikanischen Städtepolitik wird nicht mit Imageänderungen oder institutionellen Gründen, sondern mit anderen Faktoren erklärt: mit dem Wohlstand Amerikas in der Nachkriegszeit, mit der Zunahme des politischen Bewusstseins in der schwarzen Bevölkerung, mit der Einstellung der amerikanischen Bevölkerung, die für eine kurze Zeitspanne (zwischen 1963 bis 1972) soziale Belange höher gewichtete als wirtschaftliche, mit der Vorherrschaft der Demokraten in Washington, mit dem in der Bevölkerung für kurze Zeit vorhandenen Optimismus und dem Glauben, dass Regierungsprogramme in der Lage sind, die grossen sozialen Probleme Amerikas zu lösen.

Das Beispiel der *Urban affairs* zeigt, dass die *Punctuated Equilibrium Theory* nicht in der Lage ist, jegliche Art von Politikwandel zu erklären, oder wie es John (2002) ausdrückt:

„when seeking to explain policy change, as with so many policy approaches, the authors have to reach outside their model.“ (John 2002: 181).

## 8.4 Aufwand bei der empirischen Überprüfung

Die Anwendung der *Punctuated Equilibrium Theory* bei der Analyse der schweizerischen Aidspolitik hat zu fruchtbaren Ergebnissen geführt. Die theoretischen Annahmen, die der *Punctuated Equilibrium Theory* zu Grunde liegen, bringen es jedoch mit sich, dass der zu untersuchende Politikbereich über einen möglichst langen Zeitraum hinweg untersucht werden sollte.

Diese Anforderung hat zur Folge, dass der empirische Aufwand zur Überprüfung der aus der Theorie abgeleiteten Hypothesen recht gross ausfällt. Wird ein Policyprozess über mehrere Jahrzehnte zurückverfolgt, so wie das Baumgartner und Jones (1993) für verschiedene Politikbereiche gemacht haben, ist man deshalb gezwungen, auf bereits bestehende For-



schungsergebnisse zurückzugreifen. Allenfalls kann eine kürzere Zeitperiode von rund zehn Jahren eigenständig empirisch untersucht werden. In der vorliegenden Studie erstreckte sich bekanntlich der Untersuchungszeitraum von 1995 bis Ende 2003. Bei der praktischen Umsetzung des Forschungsvorhabens mussten nicht nur Einschränkungen bei der Untersuchungsperiode, sondern auch bei der Auswahl der untersuchten Fälle in Kauf genommen werden. Eine Untersuchung der Aidspolitiken aller 26 Kantone sowie der nationalen Ebene hätte den zeitlichen und finanziellen Rahmen des Forschungsprojektes bei weitem gesprengt.

Die Machbarkeit einer empirischen Untersuchung eines bestimmten Politikbereichs mittels der *Punctuated Equilibrium Theory* wird zusätzlich erschwert, da – will man dieser Theorie gerecht werden – auch eine Analyse von Agendasetting-Prozessen erforderlich ist. Auch bei der Analyse von Agendasetting-Prozessen ist es sehr hilfreich, wenn auf bereits bestehende Daten bzw. auf valable Datenbanken zurückgegriffen werden kann. Fehlen solche, ist eine Medienanalyse bzw. eine Analyse der politischen Agenda äusserst zeitintensiv, da sie sich wiederum über eine längere Zeitperiode erstreckt.

In der vorliegenden Arbeit konnte diese Problematik nur umgangen werden, indem die Medienanalyse eher rudimentär ausgefallen ist, da nur zwischen 1993 und 2003 im Inlandteil der Neuen Zürcher Zeitung erschienene Zeitungsartikel ausgewertet wurden. Insofern ist natürlich die in dieser Arbeit unternommene Medienanalyse nicht repräsentativ für die Medienberichterstattung über HIV und Aids in der genannten Zeitspanne.

Die Untersuchung der parlamentarischen Vorstösse mit einem Bezug zur HIV/Aids-Thematik verursachte aus zwei Gründen keine Probleme: Einerseits konnte auf die online verfügbare Geschäftsdatenbank des Schweizer Parlaments zurückgegriffen werden. Andererseits wurde der Erhebungsaufwand ganz einfach durch den Umstand gemindert, dass sich die Schweizer Parlamentsangehörigen in den untersuchten rund 20 Jahren offenbar nur relativ selten mit HIV/Aids-relevanten Fragen beschäftigten. In anderen Politikbereichen wäre aufgrund der höheren Anzahl eingereichter Parlamentsgeschäfte die entsprechende Analyse mit Sicherheit mit einem erheblich höheren Zeitaufwand verbunden gewesen.

Trotz einigen kritischen Bemerkungen hat sich insgesamt die *Punctuated Equilibrium Theory* als sehr hilfreich erwiesen, um die Entwicklung und die verschiedenen Phasen der schweizerischen Aidspolitik zu beschreiben und zu erklären. Insbesondere die Untersuchung des im Aidsbereich dominierenden *policy image* und des *policy venues* waren dabei von unschätzbarem Wert.



## 9 Abkürzungsverzeichnis

AAT	Aiuto Aids Ticino
ACF	Advocacy Coalition Framework
AHA	Aids-Hilfe Aargau
AHGR	Aids-Hilfe Graubünden
AHS	Aids-Hilfe Schweiz
AHSGA	Aids-Hilfe St. Gallen-Appenzell
AID	Aids Info Docu
Aids	Acquired Immune Deficiency Syndrome (erworbenes Immunschwächesyndrom)
APiS	Aidsprävention im Sexgewerbe
APM	Aspasie Prévention Migrantes
ASFAG	Association Solidarité Femmes Africaines de Genève
BAG	Bundesamt für Gesundheit
CFSI	Commissione di Formazione HIV/Aids della Svizzera Italiana
CoGe	Coordination Genevoise des associations de lutte contre le sida
DASS	Département de l'Action Sociale et de la Santé
DIP	Département de l'Instruction Publique
DSG	Direction Générale de la Santé
DSS	Dipartimento della sanità e della socialità
EDK	Erziehungsdirektoren-Konferenz
EDU	Eidgenössisch Demokratische Union
EKAF	Eidgenössische Kommission für Aids-Fragen
FAMPLA	Beratungsstelle für Familienplanung, Schwangerschaft und Sexualität
FASS	Fachstelle für Aids, Sexualität und Sucht
FDA	Food and Drug Administration
FKT	Fachkommission Klinik und Therapie
FLD	Fachkommission Labor und Diagnostik
GIS	Groupe information sexuelle et éducation à la santé
GSG	Groupe Sida Genève
GSN	Groupe Sida Neuchâtel
GRID	Gay Related Immunodeficiency
HAART	Highly Active Anti Retroviral Therapy
HABZO	HIV- und Aids-Beratungsstelle Zürcher Oberland
HIV	Human Immunodeficiency Virus (Immunschwächevirus beim Menschen)
KKAF	Kommission zur Kontrolle der Aids-Forschung
MSM	Männer, die Sex mit anderen Männern haben
MSW	Male Sex Work
NGO	Non-Governmental Organization
NZZ	Neue Zürcher Zeitung
PEP	Post-Expositions-Prophylaxe

PLANeS	Schweizerische Stiftung für sexuelle und reproduktive Gesundheit
PMG	Projekt Migration und Gesundheit
PRIMIS	Prevenzione, informazione e mediazione nell'ambito dell'industria del sesso
PVA	Personnes Vivants avec VIH/sida
SAH	Schweizerisches Arbeiter-Hilfswerk
SHCS	Swiss HIV Cohort Study
SRK	Schweizerisches Rotes Kreuz
STI	Schweizerisches Tropeninstitut
SVP	Schweizerische Volkspartei
UEPP	Unité d'évaluation de programmes de prévention
USZ	Universitätsspital Zürich
VZSP	Verein Zürcher Sozialprojekte
WHO	World Health Organization
ZAH	Zürcher Aids-Hilfe
ZEPR	Zentrum für Prävention und Gesundheitsförderung

## 10 Literaturverzeichnis

Aggleton, Peter (1999): "HAART und die Aids-Prävention - eine Herausforderung der Zukunft." *Aids Infothek* 4/1999: Einfluss von HAART auf das Präventionsverhalten: 4-9.

Albaek, Erik (2001): "Part V: Managing Crisis: HIV and the blood supply". In: Bovens, Mark, Paul t'Hart und B. Guy Peters (eds.): *Success and Failure in Public Governance*. Cheltenham: Edward Elgar: 453-592.

Arastéh, Keikawus N. und Viviana Simon (2000): "Entwicklung der therapeutischen Möglichkeiten bei der HIV-Infektion." *Aids Infothek* 3/2000: Behandelbarkeit von HIV/Aids: 4-17.

Atkinson, Michael M. und William D. Coleman (1992): "Policy networks, policy communities and the problems of governance." *Governance* 5 (2): 154-180.

Bachmann, Carine, Ruth Bachmann und Sandro Cattacin (2002): *Risikoverwaltung: Lernen aus der eidg. Politik im Umgang mit Gesundheitsrisiken: HIV/Aids, Hepatitis C und BSE im Vergleich*. Basel etc.: Helbing & Lichtenhahn.

Balthasar, Hugues, Brenda Spencer, André Jeannin und Françoise Dubois-Arber (2002). *Comparaison internationale des résultats des politiques de lutte contre le VIH/sida*. Lausanne: IUMSP/UEPP.

Baumgartner, Frank R. (1989): *Conflict and Rhetoric in French Policymaking*. Pittsburgh: University of Pittsburgh Press.

Baumgartner, Frank R. und Bryan D. Jones (1993): *Agendas and Instability in American Politics*. Chicago, London: The University of Chicago Press.

Baumgartner, Frank R. und Bryan D. Jones (2002): "Positive and Negative Feedback in Politics". In: Baumgartner, Frank R. und Bryan D. Jones (eds.): *Policy Dynamics*. Chicago, London: The University of Chicago Press: 3-28.

Beck, Ulrich (1986): *Risikogesellschaft. Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Frankfurt: Suhrkamp.

Berkman, Michael B. und Christopher Reenock (2004): "Incremental Consolidation and Comprehensive Reorganization of American State Executive Branches." *American Journal of Political Science* 48 (4): 796-812.

Beusch, Susanna (1997): *HIV/AIDS in Schweizer Tageszeitungen 1987-1995: inhaltsanalytische Untersuchung zur Berichterstattung über HIV/AIDS und die HIV-Präventionskampagne*. Zürich: Seminar für Publizistikwissenschaft.

Birkland, Thomas A. (2004): "'The World Changed Today': Agenda-Setting and Policy Change in the Wake of the September 11 Terrorist Attacks." *Review of Policy Research* 21 (2): 179-200.

Börzel, Tanja A. (1998): "Organizing Babylon - on the different conceptions of policy networks." *Public Administration* 76 (Summer 1998): 253-273.

Bovens, Mark, Paul 't Hart, B. Guy Peters, Erik Alback, Andreas Busch, Geoffrey Dudley, Michael Moran und Jeremy Richardson (2001): "Patterns of governance: sectoral and national comparisons". In: Bovens, Mark, Paul 't Hart und B. Guy Peters (eds.): *Success and failure in public governance*. Cheltenham: Edward Elgar: 593-640.

Bundesamt für Gesundheit (2002). *Aids und HIV in der Schweiz. Epidemiologische Situation Ende 2001*. Bern: BAG.

Bundesamt für Gesundheit (2003). *Nationales HIV/Aids-Programm 2004-2008*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Bundesamt für Gesundheit (2004). *Aids und HIV in der Schweiz. Epidemiologische Situation Ende 2003*. Bern: BAG.

Bütschi, Danielle und Sandro Cattacin (1994): *Le modèle suisse du bien-être*. Lausanne: Réalités sociales.

Cattacin, Sandro und Christine Panchaud (1995): "La maîtrise du sida. Une analyse comparative des réactions organisationnelles au VIH/sida en Europe de l'Ouest." *Politiques et management public* 13 (2): 47-95.

Cattacin, Sandro und Christine Panchaud (1997): *Les politiques de lutte contre le VIH/Sida en Europe de l'Ouest. Du risque à la normalisation*. Paris: L'Harmattan.

Clivaz, Christophe (2001): *Influence des réseaux d'action publique sur le changement politique. Le cas de l'écologisation du tourisme alpin en Suisse et dans le canton du Valais*. Basel: Helbing & Lichtenhahn.

Daverio, Carole (1992): *Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Sida Media. Analyse de la presse écrite en Suisse 1988-1990*. Lausanne: IUMSP.

Diggelmann, Andreas, Michael Schanne und Marcel Zwingli (1988): *Die Inhalte der Aids-Berichterstattung*. Zürich.

Downs, Anthony (1972): "Up and Down with Ecology: The Issue Attention Cycle." *Public Interest* 28: 38-50.

Dubois-Arber, Françoise, André Jeannin, Brenda Spencer, Giovanna Meystre-Agustoni, Mary Haour-Knipe, Florence Moreau-Gruet, Fabienne Benninghoff und Fred Paccaud (1999a). *Evaluation der Aids-Präventions-Strategie in der Schweiz. Sechster zusammenfassender Bericht 1996-1998*. Lausanne: IUMSP/UEPP.

Dubois-Arber, Françoise, André Jeannin, Brenda Spencer, Giovanna Meystre-Augustoni, Mary Haour-Knipe, F. Moreau-Gruet, Fabienne Benninghoff und Fred Paccaud (2001): "HIV/AIDS-Prävention in der Schweiz: Bilanz und Ausblick." *Schweiz Med Forum* (24): 621-625.

Dubois-Arber, Françoise, André Jeannin, Brenda Spencer, Giovanna Meystre-Augustoni, Mary Haour-Knipe, Françoise Moreau-Gruet, Fabienne Benninghoff und Fred Paccaud (1999b). *Evaluation de la stratégie de prévention du sida en Suisse. Sixième rapport de synthèse 1996-1998*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

Erickson, Christopher L. und Sarosh Kuruvilla (1998): "Industrial Relations System Transformation." *Industrial & Labor Relations Review* 52 (1): 3-21.

Flepp, Markus (2000): "Die Schweiz. HIV-Kohortenstudie (SHCS)." *Aids Infothek* 3/00: Behandelbarkeit von HIV/Aids: 44-45.

Frey, Kathrin und Daniel Kübler (2005). *Sozialwissenschaftliche HIV/Aids-Forschung in der Schweiz 1987-2004. Förderung, Vermittlung und zukünftige Entwicklung*. Zürich: Universität Zürich, Institut für Politikwissenschaft.

Früh, Werner (2001): *Inhaltsanalyse. Theorie und Praxis*. Konstanz: UVK Verlagsgesellschaft.

Geene, Raimund (2000): *Aids-Politik: ein neues Krankheitsbild zwischen Medizin, Politik und Gesundheitsförderung*. Frankfurt a.M.: Mabuse.

Geertz, Clifford (1987): *Dichte Beschreibung. Beiträge zum Verstehen kultureller Systeme*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.

Gold, Barry A. (1999): "Punctuated Legitimacy: A Theory of Educational Change." *Teachers College Record* 101 (2): 192-219.

Hassenteufel, Patrick (1995): "Do policy networks matter? Lifting descriptif et analyse de l'Etat en interaction". In: Le Galès, Patrick und Mark Thatcher (eds.): *Les Réseaux de Politique Publique. Débat autour des Policy Networks*. Paris: L'Harmattan: 91-107.

Hausser, Dominique, Sandro Cattacin, Jenny Maggi und Isabelle Renschler (2001). *Orientations et modèles de politiques de la santé en Suisse*. Lausanne/Genève: Ecole polytechnique fédérale de Lausanne et Université de Genève.

Heffernan, Richard (2002): "'The Possible as the Art of Politics': Understanding Consensus Politics." *Political Studies* 50: 742-760.

Jeannin, André, Margrit Schmid und Huynh Do Phi (2000). *Mise en oeuvre du programme national VIH/sida de 1999 à 2000*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

Jenni, Daniela (2003): *Aids und die Presse: eine inhaltsanalytische Untersuchung der Berichterstattung in den Deutschschweizer Tageszeitungen zwischen 1983 und 2002*. Zürich: Institut für Publizistikwissenschaft.

John, Peter (1999): "Ideas and interests; agendas and implementation: an evolutionary explanation of policy change in British local government finance." *British Journal of Politics and International Relations* 1 (1): 39-62.

John, Peter (2002): *Analysing Public Policy*. London, New York: continuum.

John, Peter und Helen Margetts (2003): "Policy Punctuations in the UK: Fluctuations and Equilibria in Central Government Expenditures since 1951." *Public Administration* 81 (3): 411-432.

Jones, Bryan D. (1994): *Reconceiving Decision-making in Democratic Politics: Attention, Choice, and Public Policy*. Chicago: University of Chicago Press.

Jones, Bryan D. und Frank R. Baumgartner (2005): "A Model of Choice for Public Policy." *Journal of Public Administration Research and Theory* 15 (2): 1-27.

Jordan, Grant und Klaus Schubert (1992): "A preliminary ordering of policy network labeling." *European Journal of Political Research* 21: 7-28.

Jordan, Meagan M. (2003): "Punctuations and Agendas: A new Look at Local Government Budget Expenditures." *Journal of Policy Analysis and Management* 22 (3): 345-360.

Kenis, Patrick und Volker Schneider (1991): "Policy Networks and Policy Analysis. Scrutinizing a New Analytical Toolbox". In: Marin, Bernd und Renate Mayntz (eds.): *Policy Networks. Empirical Evidence and Theoretical Considerations*. Boulder/Frankfurt: Westview/Campus.

Kingdon, John W. (1984): *Agendas, Alternatives and Public Policies*. Boston: Little, Brown and Co.

Kippax, Susan und Kane Race (2003): "Sustaining safe practice: twenty years on." *Social science and medicine* 57: 1-12.

Klöti, Ulrich und Thomas Widmer (1997): "Untersuchungsdesigns". In: Bussmann, Werner, Ulrich Klöti und Peter Knoepfel (eds.): *Einführung in die Politikevaluation*. Basel: Helbing und Lichtenhahn: 185-213.

Knill, Christoph (2000): "Policy-Netzwerke: Analytisches Konzept und Erscheinungsform moderner Politiksteuerung". In: Weyer, Johannes (ed.): *Soziale Netzwerke: Konzepte und Methoden der sozialwissenschaftlichen Netzwerkforschung*. München/Wien: Oldenbourg: 111-133.

Kooiman, Jan (1993): "Governance and Governability: Using Complexity, Dynamics and Diversity". In: Kooiman, Jan (ed.): *Modern Governance. New Government-Society Interactions*. London: Sage: 35-48.

Kübler, Daniel, Peter Neuenschwander und Yannis Papadopoulos (2002). *Aidspolitik in der Schweiz: welche Normalisierung? Normalisierungsszenarien und neue Partnerschaften in*



*der HIV/Aidsprävention auf Bundesebene und in fünf Kantonen*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

Le Galès, Patrick (1995): "Introduction: les réseaux d'action publique entre outil passe-partout et théorie de moyenne portée". In: Le Galès, Patrick und Mark Thatcher (eds.): *Les réseaux de politique publique. Débat autour des policy networks*. Paris: L'Harmattan: 13-27.

Luhmann, Niklas (1991): *Soziologie des Risikos*. Berlin: Walter de Gruyter.

Marin, Bernd und Renate Mayntz (eds.) (1991): *Policy Networks: Empirical Evidence and Theoretical Considerations*. Frankfurt, Campus.

Marsh, David (1998): "The development of the policy network approach". In: Marsh, David (ed.): *Comparing policy networks*. Buckingham: Open University Press.

Marsh, David und R.A.W Rhodes (1992): "Policy communities and issue networks: beyond typology". In: Marsh, David und R.A.W Rhodes (eds.): *Policy Networks in British Government*. Oxford: Clarendon Press.

Marsh, David und Martin J. Smith (2001): "There is More than One Way to Do Political Science: on Different Ways to Study Policy Networks." *Political Studies* 49: 528-541.

Mastronardi, Philippe (1998): "New Public Management im Kontext unserer Staatsordnung". In: Mastronardi, Philippe und Kuno Schedler (eds.): *New Public Management in Staat und Recht. Ein Diskurs*. Bern etc.: Paul Haupt: 47-119.

Mayntz, Renate (1993): "Policy-Netzwerke und die Logik von Verhandlungssystemen". In: Héritier, Adrienne (ed.): *Policy-Analyse. Kritik und Neuorientierung (PVS Sonderband 24)*. Opladen: Westdeutscher Verlag: 39-56.

Mayring, Philipp (1999): *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*. Weinheim: Psychologie Verlags Union.

Moatti, Jean-Paul, Yves Souteyrand, Annick Prieur, Theo Sandfort und Peter Aggleton (2000): "Introduction". In: Moatti, Jean-Paul, Yves Souteyrand, Annick Prieur, Theo Sandfort und Peter Aggleton (eds.): *Aids in Europe. New challenges for the social sciences*. London: Routledge: 1-9.

Mortensen, Peter B. (2005). American Theory and Danish Practice: Does Punctuated Equilibrium Theory Apply to Danish Politics? *Paper prepared for presentation at the Midwest Political Science Association, 63rd Annual Meeting, April 7-10 2005*. Chicago.

Nohlen, Dieter und Rainer-Olaf Schultze (2002): *Lexikon der Politikwissenschaft. Band 1: A-M*. München: Verlag C.H. Beck.

Panchaud, Christine (1995): "Welfare states facing HIV/Aids. Organizational responses in Western Europe (1981-1991)." *Swiss political science review* 1 (4): 65-97.

Panchaud, Christine und Sandro Cattacin (1997): "The contribution of non-profit organisations to the management of HIV/AIDS: a comparative study." *Voluntas* 8 (3): 213-234.

Parsons, Wayne (1995): *Public Policy: Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis*. Cheltenham: Edward Elgar.

Renschler, Isabelle (2004): *Citoyenneté et politiques de santé en milieu urbain: des politiques de santé en matière de maladies cardiovasculaire et VIH/sida dans trois villes suisses*. Lausanne: Diss.

Rhodes, R.A.W und David Marsh (1992): "Policy network in British politics". In: Marsh, David und R.A.W Rhodes (eds.): *Policy networks in British government*. Oxford: Clarendon Press: 1-26.

Rhodes, R.A.W. (1988): *Beyond Westminster and Whitehall*. London: Unwin-Hyman.

Rhodes, R.A.W. (1997): *Understanding Governance. Policy Networks, Governance, Reflexivity and Accountability*. Buckingham: Open University Press.

Robinson, Scott E. (2004): "Punctuated Equilibrium, Bureaucratization, and Budgetary Changes in Schools." *The Policy Studies Journal* 32 (1): 25-39.

Rosenbrock, Rolf (2002): "Aids-Politik, Gesundheitspolitik und Schwulenpolitik". In: Rosenbrock, Rolf und Doris Schaeffer (eds.): *Die Normalisierung von Aids. Politik - Prävention - Krankenversorgung*. Berlin: edition sigma: 111-124.

Rosenbrock, Rolf, Françoise Dubois-Arber, Martin Moers, Patrice Pinell, Doris Schaeffer und Michel Setbon (1999): "Die Normalisierung von Aids in Westeuropa." *Aids-Infothek* (5).

Rosenbrock, Rolf, Françoise Dubois-Arber, Martin Moers, Patrice Pinell, Doris Schaeffer und Michel Setbon (2000): "The normalization of AIDS in Western European countries." *Social Science and Medicine* 50: 1607-1629.

Rosenbrock, Rolf und Doris Schaeffer (2002): *Die Normalisierung von Aids. Politik - Prävention - Krankenversorgung*. Berlin: edition sigma.

Rosenbrock, Rolf, Doris Schaeffer, Martin Moers, Françoise Dubois-Arber, Patrice Pinell und Michel Setbon (2002): "Die Normalisierung von Aids in Westeuropa - Der Politikzyklus am Beispiel einer Infektionskrankheit". In: Rosenbrock, Rolf und Doris Schaeffer (eds.): *Die Normalisierung von Aids. Politik - Prävention - Krankenversorgung*. Berlin: edition sigma.

Sabatier, Paul A. (ed.) (1999): *Theories of the policy process*. Boulder (Col.), Westview Press.

Sabatier, Paul A. und Hank C. Jenkins-Smith (1993): *Policy Change and Learning. An Advocacy Coalition Approach*. Boulder (Co): Westview Press.

- Scharpf, Fritz W. (1978): "Die Theorie der Politikverflechtung: ein kurzgefasster Leitfa-den". In: Hesse, Jens Joachim (ed.): *Politikverflechtung im föderativen Staat. Studien zum Planungs- und Finanzierungsverbund zwischen Bund, Ländern und Gemeinden*. Baden-Baden: Nomos.
- Schattschneider, E.E. (1960): *The Semi-Sovereign People*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Schlager, Edella (1995): "Policy making and collective action: Defining coalitions within the advocacy coalition framework." *Policy Sciences* 28: 243-270.
- Schröder, Inge und Marie-Claire Mathey (1988): *Evaluation des campagnes de prévention contre le sida en Suisse. Analyse der Medienreporte*. Lausanne: IUMSP.
- Selb, Peter (2003): *Agenda-Setting Prozesse im Zürcher Wahlkampf zu den National- und Ständeratswahlen 1999*. Zürich: Universität Zürich, Philosophische Fakultät.
- Setbon, Michel (1993): *Pouvoirs contre sida. De la transfusion sanguine au dépistage: décisions et pratiques en France, Grande-Bretagne et Suède*. Paris: Seuil.
- Setbon, Michel (2000): "La normalisation paradoxale du sida." *Revue française de sociologie* 41 (1): 61-78.
- Simon, Herbert A. (1985): "Human Nature in Politics: the Dialogue of Psychology with Political Science." *American Political Science Review* 79: 293-304.
- Smith, Martin J. (1993): *Pressure, Power and Policy. State Autonomy and Policy Networks in Britain and the United States*. New York etc.: Harvester Wheatsheaf.
- Somaini, Bertino (2004): "Gesundheitsförderung und Prävention, Public Health". In: Kocher, Gerhard und Willy Oggier (eds.): *Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006. Eine aktuelle Übersicht*. Bern etc.: Verlag Hans Huber: 65-75.
- Spreyermann, Christine (2000). *Evaluation Male Sex Work (MSW)*. Bern: Büro sfinx.
- Steffen, Monika (1996): *The fight against Aids. An international public policy comparison between four european countries: France, Great Britain, Germany, Italy*. Grenoble: Presses Universitaires de Grenoble.
- Steffen, Monika (2000a): "Les modèles nationaux d'adaptation aux défis d'une épidémie. France, Grande-Bretagne, Allemagne, Italie." *Revue française de sociologie* 41 (1): 5-36.
- Steffen, Monika (2000b): "The normalisation of AIDS policies in Europe. Patterns, path dependency and innovation". In: Moatti, Jean-Peaul, Yves Souteyrand, Annick Prieur, Theo Sandfort und Peter Aggleton (eds.): *AIDS in Europe. New challenges for the social sciences*. London: Routledge: 207-222.
- Steffen, Monika (2001): *Les Etats face au Sida en Europe*. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble.

True, James L. (2000): "Avalanches and incrementalism - Making policy and budgets in the United States." *American Review of Public Administration* 30 (1): 3-18.

True, James L., Bryan D. Jones und Frank R. Baumgartner (1999): "Punctuated-Equilibrium Theory: Explaining Stability and Change in American Policymaking". In: Sabatier, Paul A. (ed.): *Theories of the Policy Processes*. Boulder CO: Westview Press: 97-115.

True, James L. und Glenn H. Utter (2002): "Saying "yes", "no", and "load me up" to guns in America." *American Review of Public Administration* 32 (2): 216-241.

Twisselmann, Wiebke, Margrit Schmid, Bertino Somaini, Rolf Rosenbrock und Christine Nöstlinger (2001). *TRANSFER - HIV/Aids-Fragen und Lehren für Public Health und Gesundheitspolitik*. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin.

van Waarden, Frans (1992): "Dimensions and types of policy networks." *European Journal of Political Research* 21: 29-52.

Vitali, Rocco und Sandro Cattacin (1997): *La prévention du vih/sida dans les cantons suisses: une analyse organisationnelle*. Muri bei Bern: SSPS.

von Winter, Thomas (1997): *Sozialpolitische Interessen: Konstituierung, politische Repräsentation und Beteiligung an Entscheidungsprozessen*. Baden-Baden: Nomos Verlagsgesellschaft.

Weilandt, Caren, Wolfgang Heckmann, Michael Kraus, Jana Lambrecht und Cyril Pervilhac (2001): *HIV prevention in Europe. A review of policy and practice in 25 countries*. Berlin: Edition Sigma.

Widmer, Thomas, Erwin Rüegg und Peter Neuenschwander (2001). *Stand und Aussichten der Evaluation beim Bund*. Bern: Schweiz. Bundeskanzlei.

Yin, Robert (1994): *Case Study Research*. London: Sage.

Zurn, Pascal, Patrick Taffé, Martin Rickenbach und Jean-Pierre Danthine (2001). *Social cost of HIV infection in Switzerland*. Lausanne: Institut d'économie et de management de la santé.

## 11 Anhang I: Liste der interviewten Personen

Fall	interviewte Person(en)	Institution, Funktion	Datum
CH	Allemann, Markus	BAG, Leiter Sektion Kampagnen und Marketing	24.4.2003
CH	Hanselmann, Verena	BAG, Fachstelle Migration und Gesundheit	30.4.2003
CH	Hess, Beat	BAG, Leiter Fachstelle Schulen und Gesundheit	23.4.2003
CH	Lee, Chung-Yol	BAG, Leiter Facheinheit Sucht und Aids	16.5.2003
CH	Rutman, Ruth	AHS, Geschäftsleiterin	7.5.2003
CH	Ryser, Liliane	AHS, Bereichsleiterin Prävention	12.5.2003
CH	Spang, Thomas	BAG, Leiter Fachstelle Migration und Gesundheit	24.4.2003
CH	Staub, Roger	BAG, Leiter Sektion Aids	29.4.2003
AG	Bregenzer, Thomas	Leiter HIV-Sprechstunde, Kantonsspital Aarau	16.9.2003
AG	Brenner, Daniel	Leiter Sektion Präventivmedizin und Gesundheitsförderung	14.10.2003
AG	Gloor, Karin	Geschäftsleiterin Aids-Hilfe Aargau	17.9.2003
AG	Högger, Dominique	Beratungsstelle Gesundheitsbildung, Fachhochschule Aargau	20.8.2004
AG	Niffeler, Annemarie	Leiterin Sektion Unterricht	20.8.2004
GE	Hirschel, Bernard	HUG, Unité Sida	5.2.2004
GE	Gardon, Marie-Joe	Geschäftsleiterin Aspasie	4.2.2004
GE	Sudre, Philippe	Direction Générale de la Santé	5.2.2004
GE	Granget, Philippe & Bursik, Jacqueline	Service de Santé de la Jeunesse	5.2.2004
GE	Hübner, Florian	Geschäftsleiter Groupe Sida Genève	4.2.2004
GR	Bucher, Christine	Amt für Mittelschulen	22.10.2003
GR	Pajarola, Mario	Kantonsarzt	23.10.2003
GR	Janisch, Lisa	Geschäftsleiterin Aids-Hilfe Graubünden	22.10.2003
GR	Fleisch, Felix	Leiter HIV-Sprechstunde, Kantonsspital Chur	23.10.2003
NE	Anderau, Rebecca	Médecin cantonal adjoint	24.8.2004
NE	Erard, Philippe	Hôpital de la ville aux Cadolles	30.10.2003
NE	Guespin, Claudine	Directrice Groupe Information Sexuelle et Education à la Santé	6.11.2003
NE	Laurent, Jacques	Chef du Service de la Jeunesse	9.10.2003
NE	Morier-Genoud, Pascal	Chargé de prévention et information, Groupe Sida Neuchâtel	9.10.2003
SG	Bamert, Herbert	Beauftragter für Suchtfragen, Amt für Gesundheitsvorsorge	23.9.2003
SG	Baumer, Felix	Leiter Amt für Volksschule	24.9.2003
SG	Schläpfer, Johannes	Geschäftsleiter Aids-Hilfe St. Gallen-Appenzell	23.9.2003
SG	Van der Linde, François	Leiter Amt für Gesundheitsvorsorge	23.9.2003
SG	Vernazza, Pietro	Leiter HIV-Zentrum, Kantonsspital St. Gallen	9.12.2003

<b>Fall</b>	<b>interviewte Person(en)</b>	<b>Institution, Funktion</b>	<b>Datum</b>
TI	Cassis, Ignazio	Kantonsarzt	21.9.2004
TI	Degli Antoni, Vittorio	Geschäftsleiter Aiuto Aids Ticinno	21.9.2004
ZH	Bernhard, Martin	Leiter Aids-Infostelle Winterthur	29.10.2003
ZH	Gysi, Ruedi	Volksschulamt	4.11.2003
ZH	Jeger, Reto & Tappeiner, Markus	Geschäftsleiter & Präsident Zürcher Aids-Hilfe	29.10.2003
ZH	Lanz, Thomas	Geschäftsleiter Verein Zürcher Sozialprojekte	10.11.2003
ZH	Reinholz, Danuta	Gesundheitsdirektion, Fachstelle für Aidsfragen	10.11.2003
ZH	Weber, Rainer	USZ, Leiter Abt. Infektiologie	3.11.2003
ZH	Zingg, Christoph & Bösiger, Lea	Geschäftsleiter Zürcher Stadtmission, Isla Victoria	27.10.2003

## 12 Anhang II: Im Rahmen der Fallstudien verwendete Dokumente und Quellen

### Fallstudie Schweiz

#### a) Dokumente

- AGGLETON, Peter (1999): „HAART und die Aids-Prävention - eine Herausforderung der Zukunft“. In: *Aids Infothek 4/1999: Einfluss von HAART auf das Präventionsverhalten*. Bern: Aids Info Docu: 4-9
- AIDS INFO DOCU (2000): *Aids-Infothek 6/2000: Aids und Prostitution*. Bern: Aids Info Docu
- AIDS INFO DOCU (2002): *Aids Infothek 3/2002: Migration und HIV-Prävention*. Bern: Aids Info Docu.
- AIDS-HILFE SCHWEIZ: Jahresberichte 2002, 2003
- ALLEMANN, Markus (2002): STOP AIDS 2002: Prävention im Reich der Sinnen. In: AIDS-INFOTHEK(Nr. 2/2002). Bern: Aids Info Docu Schweiz
- BAG PRESSEMITTEILUNG (15. April 2003): *Das BAG lanciert die Kampagne 2003*
- BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT (2002): Projekt Migration und Gesundheit: Schlussbericht 2000-2002. Bern
- BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT (2003a) *Aids und HIV in der Schweiz. Epidemiologische Situation Ende 2002*. Bern: BAG.
- BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT (2003b): *Nationales HIV/Aids-Programm 2004-2008*. Bern
- BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT, BUNDESAMT FÜR FLÜCHTLINGE, BUNDESAMT FÜR AUSLÄNDERFRAGEN und Eidgenössische Ausländerkommission (2002): *Migration und Gesundheit. Strategische Ausrichtung des Bundes 2002-2006*. Bern
- EFIONAYI-MÄDER, Milena CHIMIENTI, Stefano LOSA und Sandro CATTACIN (2001): *Evaluation des Gesamtprogrammes "Migration und Gesundheit" des Bundesamtes für Gesundheit*. Neuchâtel: Forum für Migrationsstudien
- UEPP LAUSANNE (1999): *Evaluation der Aids-Präventions-Strategie in der Schweiz. Sechster zusammenfassender Bericht 1996-1998*. Lausanne: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Lausanne
- FLEPP, Markus (2000): „Die Schweizerische HIV-Kohortenstudie (SHCS)“. In: *Aids Infothek 3/00: Behandelbarkeit von HIV/Aids*. Bern: AID: 44-45.
- GLAUSER, Christoph (2001): *Strategiepapier: Sexualerziehung und HIV-Prävention in den Schulen*. Bern: Institut für angewandte Argumentenforschung (IFAA).
- KOCHER, Kurth W. (1993): *STOP Aids. Die Stop Aids-Story 1987-1992*. Herausgeber STOP Aids-Kampagne, der Aids-Hilfe Schweiz (AHS) und des Bundesamtes für Gesundheit (BAG)

- SOMAINI, Bertino (2004): „Gesundheitsförderung und Prävention, Public Health“. In: KOCHER, Gerhard und Willy OGGIER (Hrsg): *Gesundheitswesen Schweiz 2004-2006. Eine aktuelle Übersicht*. Bern etc.: Verlag Hans Huber: 65-75
- Spectra 2001/Nr. 29: *HIV/Aids-Prävention und Sexualität gehören ins Pflichtprogramm*
- Spectra 2002/Nr. 36: *Sexualerziehung in den Schulen*
- SPENCER, Brenda et al. (2001): *Politiques et pratiques cantonales en matière de prévention VIH/SIDA et d'éducation sexuelle à l'école*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Coll. Raison de santé 66).
- STEMMLE, Dieter und Sandro CATTACIN (2002): *Strategien nachhaltiger Bevölkerungs-information. Eine Analyse der Stop-Aids-Präventionskampagnen des Bundesamtes für Gesundheit unter besonderer Berücksichtigung des Social Marketing*. Im Auftrag des Bundesamt für Gesundheit
- ZUPPINGER, Brigitte, C. KOPP und H.-R. WICKER (2000): *Interventionsplan HIV/Aids-Prävention bei Sub-Sahara MigrantInnen*. Rapid Assessment im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Bern: Institut für Ethnologie der Universität Bern
- ZÜRN, Pascal et al. (2001) *Social Cost of HIV Infection in Switzerland*. Lausanne: Institut d'économie et management de la santé (IEMS)

#### b) Internetquellen

- [www.aids.ch](http://www.aids.ch)
- [www.bag.admin.ch/aids/prävention](http://www.bag.admin.ch/aids/prävention)
- [www.don-juan.ch](http://www.don-juan.ch)
- [www.malesexwork.ch](http://www.malesexwork.ch)
- [www.stopaids.ch](http://www.stopaids.ch)

### Fallstudie Kanton Aargau

#### a) Dokumente

- AIDSHILFE AARGAU: *Jahresberichte 1994-2003*.
- DEPARTEMENT BILDUNG, SPORT UND KULTUR DES KANTONS AARGAU (2003): *Stellungnahme zur Vernehmlassung des Nationalen HIV/Aids-Programms des Bundes 2004-2008*.
- ERZIEHUNGSDEPARTEMENT DES KANTONS AARGAU: *Aids-Aufklärung an der Volksschul-Oberstufe, obligatorische Lerninhalt*. Regierungsratsbeschluss 1988.
- GESUNDHEITSDÉPARTEMENT DES KANTONS AARGAU (2002): *Gesundheit im Wandel – Prävention und Gesundheitsförderung im Kanton Aargau*
- GROSSER RAT DES KANTONS AARGAU: Sitzungsprotokolle vom 9.3.1999, S. 172, vom 30.6.1998, S. 1130, vom 5.12.2000, S. 3654.
- SPENCER, Brenda et al. (2001): *Politiques et pratiques cantonales en matière de prévention VIH/sida et éducation sexuelle à l'école*. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive (Coll. Raison de santé 66).



#### *b) Internetquellen*

- [www.gesundheitsbildung-ag.ch](http://www.gesundheitsbildung-ag.ch)
- [www.ag.ch](http://www.ag.ch)
- [www.safersex.ch](http://www.safersex.ch)

### **Fallstudie Kanton Genf**

#### *a) Dokumente*

- ASPASIE (2003). Rapport d'activités 2002
- BUNDESAMT FÜR GESUNDHEIT (2003): Aids und HIV in der Schweiz. Epidemiologische Situation Ende 2002. Bern: BAG.
- GROUPE SIDA GENÈVE: Jahresberichte 2002, 2003. Genf: GSG.

#### *b) Internetquellen*

- [www.asfag.org](http://www.asfag.org)
- [www.aspasie.ch](http://www.aspasie.ch)
- [www.groupesida.ch](http://www.groupesida.ch)
- [www.geneve.ch](http://www.geneve.ch)
- [www.hug-ge.ch](http://www.hug-ge.ch)
- [www.malesexwork.net](http://www.malesexwork.net)

### **Fallstudie Kanton Graubünden**

#### *a) Dokumente*

- AIDS-HILFE GRAUBÜNDEN: Jahresberichte 2000 bis 2003. Chur.
- KANTONALE ARBEITEGRUPPE (1995): Konzept zur Gesundheitsförderung und Prävention im Kanton Graubünden.
- SPENCER, Brenda, SO-BARAZETTI, Barbara et Marie-Jo GLARDON (2001): Politiques et pratiques cantonales en matière de prévention du VIH/sida et d'éducation sexuelle à l'école. Lausanne: IUMSP: raison de santé 66: 150-152.
- STANDESKANZLEI GRAUBÜNDEN (2001): Staatskalender Graubünden 2001/2002. Chur.

#### *b) Internetquellen*

- [www.adebar-gr.ch](http://www.adebar-gr.ch)
- [www.aidshilfe-gr.ch](http://www.aidshilfe-gr.ch)
- [www.gr.ch](http://www.gr.ch)
- [www.kantonsspital.chur.ch](http://www.kantonsspital.chur.ch)

## Fallstudie Kanton Neuenburg

### a) Dokumente

- Comptes de l'Etat République et Canton de Neuchâtel 1997-2002.
- CHANCELLERIE D'ETAT: *Annuaire officiel de la République et Canton de Neuchâtel 2001*.
- GROUPE INFORMATION SEXUELLE ET EDUCATION A LA SANTE (GIS): *Rapport d'Activité du Groupe Information sexuelle et éducation à la santé 2002*.
- GROUPE INFORMATION SEXUELLE ET EDUCATION A LA SANTE (GIS): *Rapports d'Activités Année scolaire 1998-1999/2000-2001*.
- GROUPE INFORMATION SEXUELLE ET EDUCATION A LA SANTE (GIS): *Concept pour l'information sexuelle et l'éducation à la santé en milieu scolaire 1996*.
- GROUPE SIDA NEUCHÂTEL (GSN): *Rapports d'Activité du Groupe Sida Neuchâtel 2000/2001/2002*.
- Rapport du Conseil d'Etat sur la politique de santé et d'appui à la jeunesse. Version 11, corrigé après les commentaires de la Commission faîtière du 24 avril 2001.
- SPENCER, Brenda, SO-BARAZETTI, Barbara et Marie-Jo GLARDON (2001): *Politiques et pratiques cantonales en matière de prévention du VIH/sida et d'éducation sexuelle à l'école*. Lausanne : IUMSP: raison de santé 66.

### b) Internetquellen

- [www.info-sida-ch](http://www.info-sida-ch)
- [www.ne.ch](http://www.ne.ch)

## Fallstudie Kanton St.Gallen

### a) Dokumente

- AHS GA (2003): Jahresbericht 2002
- AHS GA (2001): Leitbild
- ERZIEHUNGSDEPARTEMENT DES KANTON ST. GALLEN (2001): Lehrplan und Erziehungsplan, Kindergraten und Volksschule des Kantons St- Gallen, 2. Auflage.
- ERZIEHUNGSRAT DES KANTONS ST. GALLEN (1996): Kreisschreiben zu Sexualerziehung. In Amtliches Schulblatt 9/1996.
- GESUNDHEITSDEPARTEMENT DES KANTONS ST. GALLEN (2002): Jahresbericht 2001, Maria Magdalena – Beratungsstelle für Frauen im Sexgewerbe. Ein Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekt des Gesundheitsdepartements des Kanton St. Gallen.
- GESUNDHEITSDEPARTEMENT DES KANTONS ST. GALLEN (2002): Konzept: Maria Magdalena – Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekt für Frauen im Sexgewerbe.
- KANTON ST. GALLEN (2001): Leistungsvereinbarung zwischen dem Kanton St. Gallen und dem Verein Aids-Hilfe St. Gallen-Appenzell.

#### b) Internetquellen

- [www.ktsg.ch](http://www.ktsg.ch)
- [www.infekt.ch](http://www.infekt.ch)
- [www.hivnet.ch/ahsga](http://www.hivnet.ch/ahsga)

### Fallstudie Kanton Tessin

#### a) Dokumente

- Aiuto Aids Ticino, Jahresberichte 1990 – 2003.
- May Day, Jahresbericht 2003
- Consiglio di Stato, *Messaggio concernente l'assegnazione di un contributo ricorrente alla Sezione Ticino dell'Aiuto Aids Svizzero („Aiuto Aids Ticino“)*, No. 4709, 9.12.1997, S. 1
- Consiglio di Stato, *Messaggio concernente l'assegnazione di un contributo ricorrente alla Sezione Ticino dell'Aiuto Aids Svizzero („Aiuto Aids Ticino“)*, No. 5056, 25.10.2000;
- Consiglio di Stato, *Messaggio concernente l'assegnazione di un contributo ricorrente alla Sezione Ticino dell'Aiuto Aids Svizzero („Aiuto Aids Ticino“)*, No. 5172, 13.11.2001.
- Consiglio di Stato, *Messaggio concernente la nuova Legge sull'esercizio della prostituzione e modifica della Legge sugli esercizi pubblici del 21 dicembre 1994*, No. 5044, 10.10.2000
- Fallstudie Tessin in Kübler et al. (2002: 103-113).

#### b) Internetquellen

- [www.ti.ch/DSS](http://www.ti.ch/DSS)

### Fallstudie Kanton Zürich

#### a) Dokumente

- KUTTER, Beatrice, FABIAN, Carlo und Rainer HORNING (2002): *Evaluation der Fachstelle für Sexualpädagogik 'Lust und Frust'. Kurzfassung des Schlussberichts*. Zürich: Psychologisches Institut.
- SCHLUMPF, Lukas, WYDLER, Hand und Rainer HORNING (2002): *Evaluation der HIV/Aids-Prävention an Zürcher Schulen. Schlussbericht – Kurzfassung*. Zürich. Psychologisches Institut/Institut für Sozial- und Präventivmedizin.
- STAATSKANZLEI DES KANTONS ZÜRICH (2003): *Regierungsrat des Kantons Zürich. Geschäftsbericht 2002*. Zürich.

- STAATSKANZLEI DES KANTONS ZÜRICH (Hrsg.) (2003): *Staatskalender des Kantons Zürich 2002/2003*. Zürich.

*b) Internetquellen*

- [www.aidsinfo.ch](http://www.aidsinfo.ch)
- [www.dim.unizh.ch](http://www.dim.unizh.ch)
- [www.jahresbericht.unispital.ch](http://www.jahresbericht.unispital.ch)
- [www.ksw.ch](http://www.ksw.ch)
- [www.lustundfrust.ch](http://www.lustundfrust.ch)
- [www.malesexwork.ch](http://www.malesexwork.ch)
- [www.ors.ch](http://www.ors.ch)
- [www.vzsp.org](http://www.vzsp.org)

## 13 Anhang III: Gesprächsleitfaden Prävention

### *Aktuelles Angebot in den untersuchten Bereichen*

---

- ◆ (1) **Angebot:** Welche Projekte/Aktivitäten bietet ihre Organisation im Bereich der Aidsprävention an?
  - Ist die Zukunft dieser Projekte/Aktivitäten gesichert?
  - Welches sind andere wichtige Angebote in der Aidsprävention in ihrem Kanton?
  - Welches sind deren Träger?
- ◆ (2) **Zusammenarbeit:** Mit welchen privaten und öffentlichen Akteuren haben sie am meisten zu tun?
  - andere Angebotsträger?
  - kantonale/städtische Behörden?
  - wie häufig finden diese Kontakte statt?

### *Bestehende und künftige Herausforderungen in der Aidsprävention*

---

- ◆ (3) **Strategieänderungen:** Wie gehen sie strategisch mit den Herausforderungen der Normalisierung um?
  - bildet HIV/Aids nach wie vor ihr Kerngeschäft?
  - integrieren sie andere STIs vermehrt in ihr Angebot?
  - ist eine thematische Ausweitung erfolgt (Sexual Health/Sexualpädagogik)?
- ◆ (4) **Gründe/Strategieänderungen:** Weshalb haben sie ihre Strategie angepasst?
  - Normalisierung von Aids?
  - Finanzielle Gründe/Überlebensstrategie?
  - Druck seitens der öffentlichen Hand?
  - andere Gründe?
- ◆ (5) **Auswirkungen/Strategieänderungen:** Wenn sie ihre Strategie angepasst haben: hat das Auswirkungen auf das bestehende Angebot gehabt?
  - wie schätzen sie die Auswirkungen auf die von uns untersuchten Bereiche ein? sind einzelne Bereiche besonders stark betroffen?
  - werden/wurden dadurch innerhalb des Präventionsbereiches Konflikte ausgelöst resp. verstärkt?
  - anderweitige Auswirkungen?
- ◆ (6) **Ressourcen:** Wieviele Ressourcen (finanziell + personell) stehen ihnen momentan für ihre Präventionsprojekte zur Verfügung?
  - sind das gleich viele wie in den 90er Jahren, oder mussten sie in den letzten Jahren Kürzungen hinnehmen? in welchem Umfang?
  - woher stammen ihre Mittel? (kantonale/städtische Subventionen, Spenden etc.)
  - wenn noch keine Kürzungen erfolgt sind, wissen sie, ob solche geplant sind?
  - kennen sie andere Organisationen im Aidsbereich, die Kürzungen hinnehmen mussten?

◆ (7) Verantwortung/Kürzungen: Wenn bereits Ressourcen gekürzt worden sind, wer trägt die Verantwortung dafür?

- wurde der Entscheid dazu in der Verwaltung getroffen? wenn ja, auf welcher Ebene?
- wurde der Entscheid im Parlament getroffen? wenn ja, von wem initiiert?

◆ (8) Gründe/Kürzungen: Haben sie eine Erklärung dafür, weshalb es zu diesen Kürzungen kommt oder gekommen ist?

- Normalisierung von Aids?
- Budgetrestriktionen seitens der öffentlichen Hand?
- ist eine Umverteilung der öffentlichen Gelder zugunsten von HAART im Gang?
- andere Gründe?

◆ (9) Auswirkungen/Kürzungen: Wenn es bereits zu Ressourcenkürzungen gekommen ist, oder wenn solche geplant sind: mit welchen Auswirkungen rechnen sie?

- werden/wurden dadurch die Qualität und der Umfang ihres Angebotes gefährdet?
- werden/wurden davon andere Akteure und deren Angebote betroffen?
- wie schätzen sie die Auswirkungen auf die von uns untersuchten Bereiche ein? sind einzelne Bereiche besonders stark betroffen?
- werden/wurden dadurch Verteilungskämpfe innerhalb des Präventionsbereiches ausgelöst bzw. verstärkt?
- kommt/kam es zu organisatorischen/institutionellen Anpassungen? Wie sehen diese aus?
- andere Auswirkungen?

◆ (10) **Konflikte:** Gibt es im Präventionsbereich Konflikte zwischen den beteiligten Akteuren, oder hat es in der Normalisierungsphase bereits solche gegeben?

- wenn ja, wer ist daran beteiligt?
- wenn ja, um welchen Streitpunkt handelt es sich dabei?
  - Verteilungskonflikte?
  - ideelle Konflikte?
- konnten diese Konflikte unterdessen gelöst werden? wenn ja, wie?

◆ (11) Gründe/Konflikte: Haben sie eine Erklärung dafür, weshalb es zu diesen Konflikten gekommen ist?

- Verteilungskonflikte zwischen beteiligten Akteuren?
- Strategieänderungen seitens der Gesundheitsbehörden?
- Ressourcenkürzungen?
- andere Gründe?

◆ (12) Auswirkungen/Konflikte: Welche Auswirkungen haben diese Konflikte (gehabt)?

- wird/wurde dadurch die Qualität ihres Angebotes gefährdet?
- wie schätzen sie die Auswirkungen auf die von uns untersuchten Bereiche ein? sind einzelne Bereiche besonders stark betroffen?
- kommt/kam es zu organisatorischen/institutionellen Änderungen? wie sehen diese aus?
- anderweitige Auswirkungen?

◆ (13) **Umstrukturierungen:** Haben in den letzten Jahren im Präventionsbereich institutionelle und/oder organisatorische Umstrukturierungen stattgefunden, oder sind solche geplant?

- sind zum Beispiel neue Akteure hinzugekommen, oder werden neue Akteure hinzukommen?
- haben Akteure das Feld verlassen, oder planen, es zu verlassen?
- sind Abläufe geändert worden resp. sollen sie geändert werden?

◆ (14) **Verantwortung/Umstrukturierungen:** wenn bereits Umstrukturierungen stattgefunden haben, oder wenn solche geplant sind: wer trägt die Verantwortung dafür?

- Akteure innerhalb der Verwaltung? auf welcher Ebene?
- werden/wurden die Anpassungen vom Parlament verlangt? wenn ja, auf wessen Initiative?
- andere Akteure?

◆ (15) **Gründe/Umstrukturierungen:** Worauf führen sie diese Umstrukturierungen zurück?

- Normalisierung von Aids?
- Budgetrestriktionen seitens der öffentlichen Hand?
- Strategieänderungen seitens der Gesundheitsbehörden?
- andere Gründe?

◆ (16) **Auswirkungen/Umstrukturierungen:** Wie schätzen sie die Auswirkungen der (geplanten) Umstrukturierungen auf die Aidsprävention ein?

- werden/wurden davon einzelne Akteure und deren Angebote in besonderem Masse betroffen?
- wie schätzen sie die Auswirkungen auf die von uns untersuchten Bereiche ein? sind einzelne Bereiche besonders stark betroffen?
- werden/wurden dadurch innerhalb des Präventionsbereiches Konflikte ausgelöst resp. verstärkt?
- anderweitige Auswirkungen?

---

*Das Ende des New Public Health-Ansatzes in der Aidspolitik?*

---

◆ (17) **Einschätzung:** Wie beurteilen sie die Auswirkungen des Erfolgs von HAART auf die Aidsprävention?

- glauben sie, dass die Prävention durch den Erfolg der klinischen Medizin geschwächt bzw. in Frage gestellt wird?
- wenn ja, an welchen Entwicklungen lässt sich ihre Einschätzung festmachen?
- sind davon einzelne Bereiche der Aidsprävention in besonderem Masse betroffen?
- bekommt HAART von der öffentlichen Hand mehr Geld, zulasten des Präventionsbereiches?
- von wem werden die beiden Bereiche hauptsächlich finanziert? stammt das Geld aus demselben Topf, oder handelt es sich um unterschiedliche Quellen?
- glauben sie, dass der *New Public Health*-Ansatz wieder abgelöst wird durch einen *Old Public Health*-Ansatz? wenn ja, an welchen Entwicklungen lässt sich ihre Einschätzung festmachen?

- ◆ (18) **Interessenkonflikt:** gibt es einen Interessenkonflikt zwischen dem Präventionsbereich und dem klinischen Bereich?
  - wenn ja, welche Merkmale weist dieser Konflikt auf?
    - Verteilungskonflikt?
    - unterschiedliche Vorstellungen betr. Strategien und operativer Umsetzung?
    - anderes?
  
- ◆ (19) **Zusammenarbeit:** haben sich deswegen die Beziehungen zum klinischen Bereich in letzter Zeit verschlechtert?
  - findet überhaupt eine Zusammenarbeit mit dem klinischen Bereich statt? wenn ja, in welcher Form?
    - informell/formell: z.B. in entsprechenden Fachkommissionen
  - welche Merkmale weist diese Zusammenarbeit auf?
    - intensiv/sporadisch?
    - konfliktiv/ konsensuell?
  
- ◆ (20) **Rolle staatlicher Akteure:** spielen dabei die staatlichen Akteure eine Rolle? nehmen sie Einfluss auf die Art und Weise der Zusammenarbeit zwischen Präventionsbereich und klinischem Bereich?
  - treten staatliche Akteure als Vermittler zwischen den beiden Bereichen auf?
  - gibt es Unterschiede zwischen dem Präventionsbereich und dem klinischen Bereich, was die Beziehungen zu den staatlichen Akteuren anbelangt?
  
- ◆ (21) **Fazit:** Welches sind ihrer Meinung nach in ihrem Kanton und auf Bundesebene momentan und in Zukunft die grössten Herausforderungen in der Aidsprävention?



## 14 Anhang IV: Gesprächsleitfaden Gesundheitsbehörden

### *Aktuelles Angebot in den untersuchten Bereichen*

---

- ◆ (1) **Aufgaben:** bitte umschreiben sie kurz ihr Tätigkeitsgebiet im Bereich von Aids
- ◆ (2) **Zusammenarbeit:** Mit welchen privaten Organisationen und anderen kantonalen/städtischen Behörden haben sie am meisten zu tun?
  - kantonale/städtische Behörden?
  - Angebotsträger?
  - wie häufig finden diese Kontakte statt?

### *Bestehende und künftige Herausforderungen in der Aidsprävention*

---

- ◆ (3) **Strategieänderungen:** Haben sie in den letzten Jahren im Präventionsbereich strategische Anpassungen veranlasst, oder sind solche geplant?
  - sollen andere STIs vermehrt in das Angebot von NGOs integriert werden?
  - ist eine thematische Ausweitung geplant (Sexual Health/Sexualpädagogik)?
- ◆ (4) **Gründe/Strategieänderungen:** Weshalb haben sie diese Anpassungen veranlasst?
  - Normalisierung von Aids?
  - Spardruck in der Verwaltung?
  - andere Gründe?
- ◆ (5) **Auswirkungen/Strategieänderungen:** Wenn Strategien angepasst wurden: hat das Auswirkungen auf das bestehende Angebot gehabt?
  - wie schätzen sie die Auswirkungen auf die von uns untersuchten Bereiche ein? sind einzelne Bereiche besonders stark betroffen?
  - werden/wurden dadurch innerhalb des Präventionsbereiches Konflikte ausgelöst resp. verstärkt?
  - anderweitige Auswirkungen?
- ◆ (6) **Ressourcen:** Wieviele Ressourcen (finanziell + personell) stehen ihnen momentan im Bereich der Aidsprävention zur Verfügung?
  - sind das gleich viele wie in den 90er Jahren, oder ist ihr Budget in den letzten Jahren gekürzt worden? in welchem Umfang?
  - wenn noch keine Kürzungen beschlossen worden sind, sind solche in absehbarer Zeit geplant? sind davon alle Akteure gleichermassen betroffen?
- ◆ (7) **Verantwortung/Kürzungen:** Wenn bereits Ressourcen gekürzt worden sind, wer trägt die Verantwortung dafür?
  - wurden die Kürzungen von ihrer Stelle beschlossen, oder auf höherer Ebene? auf wessen Antrag?
  - wurden die Kürzungen im Parlament beschlossen? wenn ja, auf wessen Antrag?

- wie ist die Entscheidung zustande gekommen? welche Entscheidmechanismen haben gespielt?

◆ (8) Gründe/Kürzungen: Haben sie eine Erklärung dafür, weshalb es zu diesen Kürzungen kommt oder gekommen ist?

- Normalisierung von Aids?
- Budgetrestriktionen seitens der öffentlichen Hand?
- ist eine Umverteilung innerhalb des Präventionsbereiches im Gang?
- ist eine Umverteilung der öffentlichen Gelder zugunsten von HAART im Gang?
- andere Gründe?

◆ (9) Auswirkungen/Kürzungen: Wenn es bereits zu Ressourcenkürzungen gekommen ist, oder wenn solche geplant sind: wer wird davon am stärksten betroffen?

- werden/wurden die untersuchten Bereiche alle gleichermassen betroffen, oder gibt es Unterschiede?
- werden/wurden dadurch Verteilungskämpfe innerhalb des Präventionsbereiches ausgelöst bzw. verstärkt?
- andere Folgen?

◆ (10) Umstrukturierungen: Haben sie in den letzten Jahren im Präventionsbereich institutionelle und/oder organisatorische Umstrukturierungen veranlasst, oder sind solche geplant?

- ist der Kreis der beteiligten Akteure ausgeweitet worden, bzw. soll er ausgeweitet werden?
- ist der Kreis der beteiligten Akteure eingeschränkt worden, bzw. soll er eingeschränkt werden?
- sind Abläufe geändert worden resp. sollen sie geändert werden?

◆ (11) Verantwortung/Umstrukturierungen: wenn bereits Umstrukturierungen stattgefunden haben, oder wenn solche geplant sind: wer trägt die Verantwortung dafür?

- werden/wurden die institutionellen bzw. organisatorischen Anpassungen von ihrer Stelle beschlossen, oder auf höherer Ebene? wenn ja, auf wessen Initiative?
- werden/wurden die Anpassungen vom Parlament verlangt? wenn ja, auf wessen Initiative?
- andere Akteure?

◆ (12) Gründe/Umstrukturierungen: Wie werden die bereits durchgeführten oder geplanten Umstrukturierungen begründet?

- Normalisierung von Aids?
- Budgetrestriktionen seitens der öffentlichen Hand?
- Strategieänderungen seitens der Gesundheitsbehörden?
- andere Gründe?

◆ (13) Auswirkungen/Umstrukturierungen: Wie schätzen sie die Auswirkungen der (geplanten) Umstrukturierungen auf die Aidsprävention ein?

- werden/wurden einzelne Akteure davon besonders stark betroffen?
- sind einzelne Bereiche besonders stark betroffen?
- werden/wurden dadurch innerhalb des Präventionsbereiches Konflikte ausgelöst resp. verstärkt?
- anderweitige Auswirkungen?

◆ (14) **Konflikte:** Wie schätzen sie die Zusammenarbeit mit ihren Partnerorganisationen ein? treten Konflikte auf, oder herrscht Konsens?

- wenn Konflikte, mit wem?
- um welchen Streitpunkt handelt es sich dabei?
- konnten die Konflikte unterdessen gelöst werden? wenn ja, wie?

◆ (15) **Gründe/Konflikte:** Haben sie eine Erklärung dafür, weshalb es zu diesen Konflikten gekommen ist?

- Ressourcenkürzungen?
- Strategieänderungen seitens der Gesundheitsbehörden?
- institutionelle und/oder organisatorische Umstrukturierungen?
- andere?

◆ (16) **Auswirkungen/Konflikte:** Welche Auswirkungen haben diese Konflikte (gehabt)?

- wird/wurde dadurch die Qualität der Aidsprävention im Kanton gefährdet?
- kommt/kam es zu organisatorischen/institutionellen Änderungen? wie sehen diese aus?
- sind einzelne Bereiche besonders stark gefährdet?
- anderweitige Auswirkungen?

---

*Das Ende des New Public Health-Ansatzes in der Aidspolitik?*

---

◆ (17) **Einschätzung:** Wie beurteilen sie die Auswirkungen des Erfolgs von HAART auf die Aidsprävention?

- glauben sie, dass die Prävention durch den Erfolg der klinischen Medizin geschwächt bzw. in Frage gestellt wird?
- wenn ja, an welchen Entwicklungen lässt sich ihre Einschätzung festmachen?
- sind davon einzelne Bereiche der Aidsprävention in besonderem Masse betroffen?
- bekommt HAART von der öffentlichen Hand mehr Geld, zulasten des Präventionsbereiches?
- von wem werden die beiden Bereiche hauptsächlich finanziert? stammt das Geld aus demselben Topf, oder handelt es sich um unterschiedliche Quellen?
- glauben sie, dass der *New Public Health*-Ansatz wieder abgelöst wird durch einen *Old Public Health*-Ansatz? wenn ja, an welchen Entwicklungen lässt sich ihre Einschätzung festmachen?

◆ (18) **Interessenkonflikt:** gibt es deswegen einen Interessenkonflikt zwischen dem Präventionsbereich und dem klinischen Bereich, bzw. zwischen ihnen und dem Präventionsbereich?

- wenn ja, welche Merkmale weist dieser Konflikt auf?
  - Verteilungskonflikte
  - unterschiedliche Vorstellungen betr. Strategien und operativer Umsetzung
  - anderes?

- ◆ (19) Zusammenarbeit: hat sich deswegen die Zusammenarbeit zwischen Präventionsbereich und klinischem Bereich, bzw. zwischen ihnen und dem Präventionsbereich verschlechtert?
  - in welcher Form findet überhaupt eine Zusammenarbeit zwischen Präventionsbereich und klinischem Bereich statt?
    - informell/formell: z.B. in entsprechenden Fachkommissionen?
  - welche Merkmale weist diese Zusammenarbeit auf?
    - intensiv/sporadisch
    - konfliktiv/ konsensuell
  
- ◆ (20) Rolle staatlicher Akteure: Welche Rolle spielen sie bei der Zusammenarbeit zwischen Präventionsbereich und klinischem Bereich? nehmen sie Einfluss auf die Art und Weise der Zusammenarbeit?
  - treten sie als Vermittler zwischen den beiden Bereichen auf?
  - unterhalten sie zum Präventionsbereich dieselben Beziehungen wie zum klinischen Bereich? gibt es Unterschiede? wenn ja, weshalb?
  
- ◆ (21) **Fazit:** Welches sind ihrer Meinung nach in ihrem Kanton und auf Bundesebene momentan und in Zukunft die grössten Herausforderungen in der Aidsprävention?

## 15 Anhang V: Gesprächsleitfaden HAART

### *Aktuelles Angebot und Ressourcenlage*

---

- ◆ (1) **Angebot:** Was bietet ihre Organisation im Bereich von HAART genau an? Gibt es andere wichtige HAART-Anbieter im Kanton? Wenn ja, um wen handelt es sich dabei?
  - welchen Stellenwert hat dabei das Counselling?

- ◆ (2) **Ressourcen:** Wieviele Ressourcen (finanziell und personell) stehen ihnen momentan für HAART zur Verfügung?

- von wem werden sie hauptsächlich finanziert?
- werden sie aus demselben Topf finanziert wie der Präventionsbereich, oder handelt es sich um unterschiedliche Quellen?

*stehen ihnen ungefähr gleich viele Mittel zur Verfügung wie in den 90er Jahren, oder...*

- sind ihre Mittel in den letzten Jahren aufgestockt worden? wenn ja, geschah dies zulasten des Präventionsbereiches?
- sind ihre Mittel in den letzten Jahren gekürzt worden?
- hat es im Bereich des Counselling Veränderungen gegeben?

- ◆ (3) **Gründe/Ressourcenänderungen:** Haben sie eine Erklärung dafür, weshalb Ressourcen gekürzt oder aufgestockt wurden?

- Normalisierung von Aids?
- Budgetrestriktionen seitens der öffentlichen Hand?
- ist eine Umverteilung der öffentlichen Gelder zugunsten von HAART im Gang?
- andere Gründe?

- ◆ (4) **Verantwortung/Ressourcenänderungen:** Wenn Ressourcen gekürzt oder aufgestockt werden/wurden, wer trägt die Verantwortung dafür?

- wurde der Entscheid dazu in der Verwaltung getroffen? wenn ja, auf welcher Ebene?
- wurde der Entscheid dazu im Parlament getroffen? wenn ja, von wem initiiert?

### *Das Ende des New Public Health-Ansatzes in der Aidspolitik?*

---

- ◆ (5) **Zusammenarbeit:** Wie schätzen sie ihre Zusammenarbeit mit dem Präventionsbereich ein? Findet eine Zusammenarbeit mit dem Präventionsbereich überhaupt statt?

- mit welchen Präventionsorganisationen arbeiten sie am meisten zusammen?
- welche Merkmale weist diese Zusammenarbeit auf?
  - intensiv/sporadisch?
  - konfliktiv/konsensuell?
  - komplementäre Partner/Gegenspieler?
- in welcher Form findet diese Zusammenarbeit statt?
  - informell/formell: z.B. in entsprechenden Fachkommissionen?
- haben sich ihre Beziehungen zum präventiven Bereich in letzter Zeit verschlechtert? wenn ja, weshalb?

◆ (6) **Interessenkonflikt:** gibt es einen Interessenkonflikt zwischen dem klinischen Bereich und dem Präventionsbereich?

- wenn ja, welche Merkmale weist dieser Konflikt auf?
  - Verteilungskonflikt?
  - unterschiedliche Vorstellungen betr. Strategien und operativer Umsetzung?
  - andere?
- glauben sie, dass der *New Public Health*-Ansatz wieder abgelöst wird durch einen *Old Public Health*-Ansatz? wenn ja, an welchen Entwicklungen lässt sich ihre Einschätzung festmachen?

◆ (7) **Rolle staatlicher Akteure:** Nehmen staatliche Akteure Einfluss auf die Art und Weise der Zusammenarbeit zwischen ihrem Bereich und dem Präventionsbereich?

- wenn ja, inwiefern?
- treten staatliche Akteure als Vermittler zwischen den beiden Bereichen auf?

◆ (8) **Fazit:** Hat die Trendwende im Aidsbereich seit Mitte der 90er Jahre einen Einfluss auf ihre Arbeit? Welches sind ihrer Meinung nach in ihrem Kanton und auf Bundesebene momentan und in Zukunft die grössten Herausforderungen im Aidsbereich (HAART und Präventionsbereich)?

# Lebenslauf

## *Personalien*

Name: Peter NEUENSCHWANDER  
Geburtsdatum: 18. Oktober 1966  
Heimatort: Langnau i.E.  
Wohnort: Bern  
Nationalität: Schweizer

## *Ausbildung*

2005 **Universität Zürich**  
Doktorat in Politikwissenschaft (Dr. phil.)  
1999 **Universität Bern**  
Lizentiat in Politikwissenschaft (lic. rer. soc.)  
Lizentiatsarbeit: Die Funktion der Standesinitiative in der Schweiz  
1987 - 1999 **Universität Bern**  
Studium der Politikwissenschaft (Hauptfach), Neueren deutschen Literatur (1. Nebenfach) und Soziologie (Ergänzungsfach)  
(inkl. wirtschaftswissenschaftliches Einführungsstudium, Auswärtssemester an der Universität Genf)  
1985 **Gymnasium Burgdorf**  
Maturität, Typus B

## *Berufliche Tätigkeiten*

bis heute **Berner Fachhochschule, Fachbereich Soziale Arbeit, Bern**  
Projektleiter Forschung  
2000 - 2006 **Universität Zürich, Institut für Politikwissenschaft**  
Wissenschaftlicher Mitarbeiter  
1999 - 2000 **Bundeskanzlei, Verwaltungskontrolle des Bundesrates, Bern**  
Forschungsassistent  
1990 - 1997 **Forschungsstelle Wissenschaft und Politik, Bern**  
Wissenschaftlicher Mitarbeiter